

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 44

DE LA
FISTULE PYO-STERCORALE

ENTÉRO-CUTANÉE

D'ORIGINE

APPENDICULO-CÆCALE

et de son Traitement chirurgical

PAR LA MÉTHODE

INTRA-PÉRITONÉALE D'EMBLÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave VALLAT

Né le 20 Septembre 1878, à Moulins (Allier),

Elève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 44

DE LA
FISTULE PYO-STERCORALE

ENTÉRO-CUTANÉE

D'ORIGINE

APPENDICULO-CÆCALE

et de son Traitement chirurgical

PAR LA MÉTHODE

INTRA-PÉRITONÉALE D'EMBLÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Décembre 1901

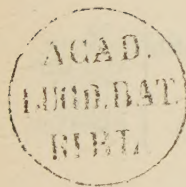
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave VALLAT

Né le 20 Septembre 1878, à Moulins (Allier),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^e, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUCHEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		X.
Clinique des maladies mentales.		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	M. CAUSSE, Docteur es sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, Président; M. GANGOLPHE, Assesseur;

MM. SIRAUD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Nous sommes heureux de dédier ce bien
modeste travail en témoignage de
notre reconnaissance et de notre affec-
tion profonde.*

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND TRIPIER

Professeur d'Anatomie pathologique,
Médecin honoraire des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIRAUD

Professeur-Agrégé à la Faculté.

Qui a bien voulu nous guider dans le choix et l'élaboration de notre thèse, et à qui nous sommes heureux de pouvoir témoigner ici notre profonde reconnaissance pour son extrême bienveillance à notre égard et l'intérêt qu'il nous a porté pendant la durée de nos études médicales à Lyon.

DE LA
FISTULE PYO-STERCORALE
ENTÉRO-CUTANÉE
D'ORIGINE
APPENDICULO-CÆCALE
et de son traitement chirurgical
PAR LA MÉTHODE
INTRA-PÉRITONÉALE D'EMBLÉE

INTRODUCTION

Parmi les complications de l'appendicite, il en est une à l'étude de laquelle nous essayerons de contribuer dans ces quelques pages. Nous voulons parler de la fistule pyo-stercorale.

Bien que l'appendicite ne soit complètement connue et étudiée comme une entité morbide bien définie que depuis quelques années, depuis longtemps les accidents qui lui sont imputables étaient le sujet d'études plus ou moins complètes, et, dans le cas particulier, de nombreux auteurs avaient pressenti et presque déterminé le rôle important joué par l'appendice iléo-cæcal dans les fistules pyo-stercorales; parmi ceux-ci, citons les plus connus, Mélier, Burne, Grisolles, Forget, Bartholow, et enfin Follin, Duplay et Trélat.

Aucun travail inaugural n'avait été fait sur ce sujet, à l'exception cependant de la thèse de Blin, en 1879, sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès de la cavité péritonéale, dans laquelle l'auteur a, sans les étudier d'une façon précise, indiqué les cas dont nous voulons parler.

Dans ces dernières années, les travaux se sont multipliés d'une façon considérable sur les affections du vermium et sur leurs complications, et récemment ont paru, sur le sujet qui nous occupe, quelques travaux parmi lesquels il convient de citer les thèses de Cochet¹, Ymbert, Lécureuil.

Mais les différentes études de la fistule pyo-stercorale d'origine appendiculo-cæcale nous ont semblé faites à un point de vue un peu général, ne comprenant guère que les fistules dues à l'appendicite banale aiguë ou consécutives à son traitement, alors que bien plus souvent il convient d'incriminer d'autres facteurs étiologiques, tels que la tuberculose ou l'actinomyose iléo-cæcale.

D'autre part, un point particulièrement nous semble avoir été presque passé sous silence, c'est le traitement de ces fistules. Et cela s'explique par ce fait même que les fistules sont, dans la grande majorité des cas, abandonnées plus ou moins à elles-mêmes, et qu'on a l'habi-

¹ Pour tous les auteurs cités dans le texte, voir l'index bibliographique ci-joint.

tude de les regarder comme devant guérir sans intervention. Cependant, comme nous nous efforcerons de le montrer, il en est pour lesquelles un traitement chirurgical semble rationnel et même s'impose.

Mais l'étude de la fistule stercoro-purulente, d'origine appendiculo-cæcale est elle-même bien complexe, car ce processus revêt des formes différentes :

Le point de départ du trajet fistuleux est toujours dans l'abcès développé au niveau du vermium ou du cæcum, mais l'aboutissant de ce trajet peut varier. C'est ainsi que des fistules peuvent s'établir entre la région iléo-cæcale, et différents organes tels que l'utérus, le rectum, d'autres entre l'appendice également et des cavités naturelles communiquant avec l'extérieur, telles que la vessie, le vagin.

Enfin, la variété la plus fréquente est celle dont nous nous occuperons spécialement ; nous voulons parler de la fistule entéro-cutanée, c'est-à-dire à point de départ cæcal ou appendiculaire et à orifice cutané.

Nous allons donc reprendre l'étude de ces fistules, et nous attacher particulièrement à leur étiologie et à leur traitement, d'où la division de notre sujet en quatre chapitres ayant trait respectivement :

I. *A l'étiologie.*

II. *A l'étude anatomo-pathologique.*

III. *A la symptomatologie, aux diagnostic et pronostic.*

IV. *Au traitement* de la fistule pyo-stercorale d'origine appendiculo-cæcale.

Les observations de fistule appendiculaire sont relativement assez nombreuses, et reproduites dans les quelques travaux déjà publiés sur ce sujet. Nous ne les reproduirons pas ici encore une fois, nous en citerons seulement les passages pouvant intéresser directement certains points de notre sujet, ou nous renverrons aux travaux où elles sont mentionnées. Nous nous contenterons de reproduire, au sujet du traitement, certaines observations particulièrement intéressantes au point de vue de la thérapeutique chirurgicale.

I

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|---|--|---|----------------------------------|---|---|---|--|---|-------------------|---|------------------|---|-----------------|---|-------------------|
| I. Généralités . . . | { | <ol style="list-style-type: none"> 1. Formation d'une fistule pyo-stercorale en général. 2. Formation d'une fistule pyo-stercorale dans le cas particulier d'appendicite. 3. Fréquence. — Influences diverses (âge, sexe, etc...) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | { | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fistules dues à l'appendicite banale. <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">a) forme aiguë.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">b) — chronique.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">c) — catarrhale.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">d) — suppurée.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">e) — gangreneuse.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">f) — calculeuse.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">g) — localisée.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">h) — généralisée.</td></tr> </table> 2. Fistules dues à l'appendicite actinomycosique. | { | a) forme aiguë. | { | b) — chronique. | { | c) — catarrhale. | { | d) — suppurée. | { | e) — gangreneuse. | { | f) — calculeuse. | { | g) — localisée. | { | h) — généralisée. |
| { | a) forme aiguë. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | b) — chronique. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | c) — catarrhale. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | d) — suppurée. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | e) — gangreneuse. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | f) — calculeuse. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | g) — localisée. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | h) — généralisée. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II. Causes locales. . | { | <ol style="list-style-type: none"> 3. Fistules dues à l'appendicite tuberculeuse. 4. Fistules dues à l'appendiculo-psoïte. 5. Fistules dues au traitement de l'appendicite. <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">a) Fistule latente ouverte par le fait même de l'intervention.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">b) Fistule par faute opératoire.</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">c) Fistule à la suite de l'intervention à chaud</td></tr> <tr><td style="vertical-align: middle;">{</td><td style="vertical-align: middle;">d) Fistule à la suite de l'intervention à froid.</td></tr> </table> | { | a) Fistule latente ouverte par le fait même de l'intervention. | { | b) Fistule par faute opératoire. | { | c) Fistule à la suite de l'intervention à chaud | { | d) Fistule à la suite de l'intervention à froid. | | | | | | | | |
| { | a) Fistule latente ouverte par le fait même de l'intervention. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | b) Fistule par faute opératoire. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | c) Fistule à la suite de l'intervention à chaud | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { | d) Fistule à la suite de l'intervention à froid. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III. Causes générales. | { | <ol style="list-style-type: none"> 1. Défaut de vacuité du bout inférieur de l'intestin. 2. Alimentation trop abondante. 3. Mauvais état des tissus. — Présence de la muqueuse dans une partie du trajet, etc. 4. Etat général défectueux. | | | | | | | | | | | | | | | | |

I

Si une collection développée dans la cavité abdominale vient à s'ouvrir par un ou plusieurs orifices, d'une part dans l'intestin, d'autre part à l'extérieur, soit directement, soit par l'intermédiaire du revêtement muqueux d'une cavité naturelle, nous aurons alors :

Un orifice cutané ou muqueux, une cavité suppurante intermédiaire, une perforation intestinale.

Ces trois conditions remplies, nous pouvons dire qu'il y a fistule pyo-stercorale.

Nous voyons donc dès à présent qu'il est utile de différencier la fistule pyo-stercorale de la fistule simplement stercorale ou de l'anus contre nature : Quand l'intestin adhérent à la paroi présente une petite ouverture qui, par une perte de substance de cette paroi, s'ouvre au dehors, et quand cet intestin ne laisse passer par la fistule qu'une petite partie de son contenu, il y a fistule stercorale.

Si le tube intestinal, adhérent largement au contraire à la paroi, forme une coudure telle qu'il existe dans son intérieur une saillie ou éperon regardant du côté de cette paroi, et si le bout supérieur et le bout inférieur de cet intestin communiquent largement avec le dehors par l'ouverture de la paroi, il y a anus contre nature.

Ce qui caractérise donc essentiellement la fistule stercorale simple, ce sont les petites dimensions de l'orifice cutané et la quantité relativement peu importante de matières qu'il laisse passer.

L'anus contre nature, au contraire, a un orifice cutané de grandes dimensions, donne passage à une grande quantité de matières, et enfin possède un éperon séparant les deux extrémités de l'intestin.

Quant à la fistule pyo-stercorale, elle ne diffère de l'une et de l'autre des deux formes dont nous venons de donner une description rapide, que par la présence de sa cavité intermédiaire suppurante.

Donc, toute fistule stercoro-purulente présuppose le développement d'une suppuration; il nous reste à voir quelle est l'origine de cette suppuration et comment elle s'établit, dans le cas particulier d'appendicite.

La plupart des causes énumérées jadis par les anciens auteurs des abcès de la fosse iliaque, de la pérityphlite suppurée, parmi lesquelles le froid, les corps étrangers, l'engouement dû aux matières stercorales, la fatigue, les traumatismes de toutes sortes, les efforts, ne sont que des causes occasionnelles et ne sauraient expliquer l'origine des fistules. Pour que la cavité intermédiaire se développe, il faut qu'il y ait au préalable un foyer purulent, et ce foyer reconnaît sa cause dans la lésion inflammatoire de l'appendice, ou dans sa perforation.

L'observation suivante, résumée, que nous empruntons à la thèse d'Ymbert, due à Trécourt (1769), à une époque où l'appendicite n'était pas même soupçonnée,

est comme le tableau schématique de l'évolution de ces lésions :

OBSERVATION (résumée).

(In Thèse Ymbert.)

Femme de quarante-huit ans. Douleurs à trois doigts au-dessous de l'ombilic et à droite. Au bout d'un mois, abcès. Ouverture artificielle. Fistule stercorale. Mort au bout de quinze jours. Pas d'autopsie.

Et depuis cette époque nombreux sont les cas qui ont été publiés, retraçant les symptômes de l'appendicite, suivis à plus ou moins bref délai de l'établissement d'une fistule.

Blin, dans sa thèse de 1879, a rapporté 18 observations de pérityphlite suppurée, parmi lesquelles 10 morts dont 5 ont été suivies d'autopsie. Sur ces 5 autopsies, 4 ont démontré l'existence de fistules pyo-stercorales dont l'origine appendiculaire ne pouvait être mise en doute. La cavité intermédiaire, ou bien était formée par l'appendice lui-même, ou bien le contenait complètement gangrené, ou enfin communiquait directement avec sa cavité.

Sur les 12 cas de guérison, dans 5, les matières excrétées par le trajet contenaient des corps étrangers tels que noyaux de cerises, pépins de raisin, hôtes fréquents de l'appendice.

La cavité intermédiaire caractéristique de la fistule provient donc de l'inflammation, puis de la suppuration totale ou simplement partielle du vermium. Son évolu-

tion pourra se faire selon trois modes, ayant d'ailleurs le même aboutissant ; nous les résumerons ainsi :

Premier cas. — A la suite d'une péri-appendicite suppurée, l'abcès para-appendiculaire s'ouvre primitivement à la peau ; après l'établissement de cette fistule purulente simple, l'intestin se perfore secondairement, et la fistule stercorale vient se greffer sur la première.

Deuxième cas. — L'abcès péri-appendiculaire s'ouvre d'abord dans l'intestin. L'orifice externe ne se forme que consécutivement.

Troisième cas. — La perforation intestinale est primitive et cause l'abcès. La fistule consécutive vient s'ouvrir à la peau.

Mais que la marche première de la suppuration soit vers l'intestin ou vers la peau, ou que la perforation intestinale soit le premier facteur de cette suppuration, le résultat est le même et la fistule est constituée.

Il est difficile, même impossible, de donner des chiffres approximatifs exprimant la proportion des fistules pyo-stercorales pour un nombre d'abcès appendiculaires donné. D'autant, que bon nombre de ces fistules, ou bien n'ont pas été attribuées à leur véritable cause, ou bien ont été abandonnées à elles-mêmes.

Aussi, les auteurs classiques les mentionnent-ils rarement ou d'une manière accessoire, et les observations, vu leur rareté ou leur défaut de publication, sont-elles relativement fort peu nombreuses.

L'âge ne semble pas jouer un rôle important dans

leur étiologie. Cependant les fistules sont assez rares dans l'enfance ou la vieillesse, s'observant plus fréquemment entre quinze et trente ans.

La fréquence de l'appendicite est plus considérable dans le sexe masculin ; il semble en être de même de la complication que nous étudions, si nous nous en rapportons à la statistique faite par nous d'après les observations empruntées aux thèses de Loiseau et de Lécureuil.

Dans la thèse de Blin sur les fistules consécutives aux abcès de la cavité abdominale, et dont un grand nombre semble devoir être imputé à l'appendicite, nous relevons :

Sur 72 cas :

Hommes.

Femmes.

37.

33.

Ces quelques généralités sur l'origine de la fistule appendiculaire étant posées, nous allons examiner de plus près les causes auxquelles nous croyons devoir attribuer son développement. Nous reconnaitrons des causes locales et des causes d'ordre général.

Nous diviserons les fistules en deux grandes classes, selon qu'elles sont consécutives à l'inflammation de l'appendice, ou bien aux interventions pratiquées sur lui.

Dans le premier cas l'appendicite peut être aiguë ou revêtir la forme dite à répétition et semblant passer plus ou moins à la chronicité. Généralement, la fistule

pyo-stercorale est la conséquence de l'appendicite aiguë, et lorsqu'il s'agit d'appendicite à répétitions, celle-ci se manifeste à la suite d'une poussée nouvelle qui peut être ramenée, au point de vue du résultat qui nous occupe actuellement, à la première forme. Cependant, il faut faire une restriction pour certaines formes de fistules consécutives à des appendicites chroniques toutes particulières sur lesquelles nous reviendrons plus loin (appendicite tuberculeuse et actinomycotique), et dont la tendance à l'évolution fistuleuse est bien connue.

L'appendicite aiguë peut revêtir trois formes : une forme simple catarrhale, une forme suppurée, une forme gangreneuse.

La première n'aboutit jamais à la fistulisation. L'évolution morbide se limitant exclusivement à l'inflammation du vermium. Or, pour qu'il y ait fistule, nous avons vu qu'il fallait au préalable qu'il y ait abcès.

Cette modalité nous est fournie par la deuxième forme, à laquelle aboutit d'ailleurs souvent la première, la forme suppurée. L'inflammation du tissu folliculaire aboutit à la suppuration qui peut se faire jour de deux côtés : ou bien dans la lumière de l'appendice, d'où ulcération de la muqueuse ou bien du côté de la séreuse; d'où abcès sous-péritonéal, avec péritonite consécutive enkystée ou généralisée. Nous reconnaissons là l'élément primordial de la fistule, l'abcès destiné à former la cavité intermédiaire, et pour peu qu'une perforation s'établisse, soit au niveau de l'appendice, soit au niveau de cæcum, et que l'abcès fuse vers l'extérieur ou d'au-

tres organes, la fistule pyo-stercorale est définitivement constituée.

Plus fréquente encore est la fistule due à la troisième forme, la forme gangreneuse. Cette forme, en effet, se caractérise par la production de perforations qui succèdent à la chute d'escarres déterminées par une véritable lymphangite gangreneuse, due à la haute virulence de l'élément microbien. Cette gangrène peut être totale et amener la chute de l'appendice détaché à sa base, ou limitée, d'où l'apparition de plaques de sphacèle à différents niveaux, suivies de perforations multiples. Cette forme réunit donc deux des conditions nécessaires à l'établissement de la fistule, formation de l'abcès d'une part, et perforation d'autre part, d'où son rôle important dans l'étiologie de cette fistule.

A propos de cette forme, nous croyons devoir dire quelques mots de l'appendicite calculeuse, qui affecte avec elle des rapports étroits. Nous savons en effet qu'un corps étranger peut être toléré longtemps dans l'appendice et s'y accroître par l'apposition de couches successives. Ces corps étrangers, qui peuvent varier à l'infini et revêtir la forme de pépins, de noyaux, de fruits, de graines, de fragments d'os, sont tous capables au même degré de devenir le point d'une inflammation qui revêt rapidement et facilement la forme gangreneuse.

Enfin la fistule peut succéder à une appendicite localisée ou généralisée. Dans l'immense majorité des cas elle est due à la première de ces formes, et quelle que soit la localisation de l'abcès, celui-ci peut lui donner nais-

sance. La lenteur de l'évolution de l'affection, la réaction péritonéale de voisinage, sont autant de facteurs favorisant son prompt établissement. Dans le deuxième cas au contraire la fistule est extrêmement rare, la rapidité de l'évolution des symptômes, et leur gravité qui entraîne à peu près fatalement la mort par péritonite généralisée, ne lui donnant pas le temps de se former.

Pour en avoir fini avec l'étude des différentes formes d'appendicite au point de vue de leur rapport avec la fistule pyo-stercorale, il nous reste encore à dire quelques mots des formes actinomycosique, tuberculeuse, et de celle connue sous le nom d'appendiculo-psoïte.

L'appendicite actinomycosique est, de toutes les formes de l'appendicite, celle qui aboutit le plus à la fistulisation. La formation d'un ou de plusieurs trajets est en effet la règle, et lorsqu'une intervention ne vient pas mettre fin à l'évolution de l'affection, le processus ulcéreux continue sa marche extrêmement envahissante, et des fistules multiples s'établissent, fusant tantôt vers l'arcade de Fallope, tantôt vers l'ombilic, tantôt vers le pubis et la région scrotale. La perforation intestinale est fréquente et, dans le cloaque qui résulte de la fonte des tissus ulcérés et des masses actinomycosiques, l'intestin déverse les matières qui vont se joindre au pus.

L'observation due à M. le professeur Gangolphe et

décrite dans la thèse de Hinglais (Lyon 1896-1897) est un exemple frappant de la rapidité d'évolution de ces fistules et de leur multiplicité.

Chez le malade de M. Gangolphe, il se produit six fistules dans l'ordre suivant :

Une au-dessous de l'arcade crurale gauche ;

Une au-dessus de la même arcade ;

Une dans la région inguino-scrotale gauche ;

Une très voisine de cette dernière ;

Une sur la partie latérale gauche de la verge, à sa racine.

Une au niveau de l'ombilic.

Les cas observés à l'étranger sont multiples, et la même thèse en relève 35 observations.

La tuberculose appendiculo-cæcale revêt deux formes donnant lieu à des symptômes différents : une variété de tuberculose fibreuse ou hypertrophiante et une variété ulcéreuse. C'est à cette deuxième forme seule que sont dues les fistules.

La forme ulcéreuse, comme la forme fibreuse d'ailleurs, peut présenter des épaisissements de la séreuse et des néo-membranes autour des anses intestinales, mais celles-ci ne subissent pas l'hypertrophie de leurs différentes tuniques, comme cela a lieu dans la première forme. Le processus ulcéreux dominant, la muqueuse disparaît, surtout au niveau de la valvule de Bohin, où s'établit une sorte de cloaque dû à la destruction et à l'anastomose des segments de l'intestin

dans le voisinage. Le ramollissement des masses caséeuses des tuniques et des ganglions avoisinants donne naissance à des collections purulentes qui fusent dans différentes directions, mais plus fréquemment vers la paroi, qu'elles ulcèrent, et c'est ainsi que des trajets fistuleux s'établissent, par où passent les matières fécales et le pus.

Nous renverrons, comme exemple frappant, aux deux cas suivants :

Un cas rapporté par M. Reclus (*Bulletin médical*, 1893, p. 587), dans lequel la fistule provenant de la région iléo-cæcale a son orifice externe au niveau de la fosse iliaque droite.

Un cas relaté dans l'observation de M. Fernand Cathelin (*Presse médicale*, 1898, t. II, p. 30) revêt au contraire la forme d'un abcès lombaire suivi d'une fistule pyo-stercorale dont l'orifice cutané siégeait dans le flanc droit.

Citons enfin, comme dernière forme de l'appendicite à évolution fistuleuse assez fréquente, l'appendiculopsoïte à forme grave, dans laquelle la longueur et l'abondance de la suppuration accompagnée de perforation intestinale, aboutissent à une fistule pyo-stercorale.

Les deux observations XIV et XV, dues à M. le professeur Gangolphe et relatées, dans la thèse de Courand sur la psoïte appendiculaire, nous offrent deux cas à peu près semblables, et très typiques, de fistules pyo-ster-

corales accompagnant l'appendiculo-psoïte à forme grave.

Nous avons donc passé en revue les formes d'appendicite compliquées le plus fréquemment de fistule stercoro-purulente. Il nous faut maintenant envisager les cas où le processus fistuleux est imputable au traitement. A ce propos, nous retrouvons nos deux formes d'appendicite aiguë et chronique, suppurée ou non suppurée. Disons tout de suite que, dans la grande majorité des cas, la fistule reconnaît son origine dans une appendicite aiguë et suppurée.

La fistule s'établit donc à la suite de l'intervention ; deux cas peuvent se présenter :

Ou bien la lésion intestinale préexistante ou consécutive au traitement fait communiquer l'abcès avec l'ouverture faite par le chirurgien à la paroi, créant ainsi un orifice externe à cette fistule pour ainsi dire latente.

Ou bien la fistule est la conséquence d'une faute opératoire, d'un oubli, d'un point de suture qui a lâché, ou d'un fil qui a suppuré. Dans l'un et dans l'autre cas, l'origine et l'étiologie de la lésion sont toutes simples et s'imposent d'elles-mêmes ; l'orifice intestinal prend naissance au niveau de l'appendice à la suite d'une perforation ou d'une résection spontanée de cet organe. Si le chirurgien ne le trouve pas au milieu de la masse intestinale, ne parvient pas à l'isoler de ses adhérences ou à le lier à sa base, un orifice pourra persister et donner issue aux matières. Dans d'autres circonstances,

un simple point de suture lâchera à la base du vermium et constituera ainsi l'orifice interne.

Mais, dans la grande majorité des cas, la perforation a lieu au niveau du cæcum. Cet orifice peut s'ouvrir directement dans le péritoine ou bien communiquer avec un orifice semblable établi au niveau de l'appendice également perforé plus ou moins et intimement adhérent à la paroi cæcale. Ces perforations cæcales n'existent pas toujours au moment de l'intervention, mais l'intestin présente des plaques de gangrène qui, sous l'influence du traumatisme opératoire, ne tardent pas à s'escarifier.

Enfin, l'appendice peut adhérer avec d'autres parties du tube intestinal, et assez fréquents sont les cas d'adhérences établies entre l'appendice et l'intestin grêle, à une hauteur plus ou moins éloignée de l'ampoule cæcale.

Dans certains cas, l'intestin peut être déchiré en raison de sa grande friabilité au cours des recherches. Dans d'autres, on peut incriminer un accident post-opératoire, comme le contact prolongé du drain agissant comme agent d'irritation. Un cas de M. le professeur Poncet, par ulcération du cæcum à la suite du contact prolongé d'une mèche de gaz, en est un exemple.

En somme, l'orifice intestinal de la fistule a son origine dans les abcès péri-cæcaux et les plaques de gangrène développées au niveau des parties atteintes par l'inflammation.

Le trajet fistuleux est tout indiqué par suite des manœuvres opératoires, des adhérences rompues, des sutures faites, des drains ou des mèches de gaze interposées.

Quant à l'orifice externe, tout ou partie de la ligne d'incision même du chirurgien le constitue en totalité, selon que la suture des différents plans est plus ou moins complète, et que certains fils sont restés en place, ont lâché, ou ont donné lieu, eux aussi, à la suppuration.

D'après ce qui précède, nous pouvons voir de suite que les chances de l'établissement d'une fistule varient suivant que l'opération a été pratiquée à froid ou à chaud.

Lorsque l'opération est faite à froid, elle a toujours pour but la résection de l'appendice, et il n'y a pas d'abcès à ouvrir. Quelques chirurgiens drainent encore après cette résection, mais c'est là une méthode exposant aux éventrations, et la plupart des opérateurs, avec M. Delbet, referment totalement et d'emblée l'abdomen dans une suture à plusieurs plans.

Dans ce cas, très rare d'ailleurs, la fistule ne saurait provenir d'un abcès péri-cæcal ou appendiculaire, mais uniquement d'une suppuration due à un fil ou à une infection secondaire de la plaie, ou encore à un défaut d'invagination du moignon.

Dans les nombreux cas d'opérations pratiquées à chaud, il est toujours impossible de faire une réunion complète par première intention, et le drainage, soit par tubes, soit par mèches, s'impose toujours.

Pour peu que la suppuration persiste ou augmente d'intensité, les meilleures conditions se trouvent remplies pour l'établissement du trajet : quand l'appendice n'a pas été réséqué, la purulence peut être entretenue dans la plaie par un calcul ou par tout autre corps

étranger. Quand l'appendice a été réséqué, la suppuration reconnaît sa cause dans les différents accidents déjà décrits, tels que fil ou moignon infectés. Mais il faut bien savoir que, lorsque à la suite d'une intervention pratiquée pour appendicite suppurée on fait systématiquement la recherche souvent difficile et longue de l'appendice enchâssé dans les fausses membranes et qu'on pratique la résection de l'appendice, cette appendicectomie, faite dans de semblables conditions, expose non seulement à rompre les barrières protectrices d'adhérences péritonéales, mais encore à la déchirure du segment d'origine du vermium et à celle du cæcum.

En résumé, c'est à l'opération faite à chaud que sont dues, dans l'immense majorité des cas, les fistules pyo-stercorales.

Indépendamment des causes ayant leur existence au niveau même de la région appendiculaire, provenant de telle ou telle forme d'appendicite ou reconnaissant leur raison d'être dans une faute opératoire au cours de l'intervention, il en existe d'autres que nous qualifierons du nom de générales, et qui influent peu sur l'établissement de la fistule, mais souvent beaucoup sur sa persistance. Ces causes sont relativement peu importantes et nous ne ferons que les énumérer.

Les principales sont :

Le défaut plus ou moins grand de vacuité du segment d'intestin inférieur à la fistule, ce qui s'applique d'ailleurs à toute fistule stercorale ;

La continuation d'une alimentation impropre ou trop abondante ;

Le mauvais état des tissus environnant le foyer de suppuration ;

La présence dans une partie du trajet fistuleux de la muqueuse intestinale.

Enfin, l'état général du malade joue son rôle, et il est bien évident que chez un malade affaibli par de grandes suppurations et incapable de lutter contre elles, l'organisme ne trouvera pas les éléments nécessaires à la réparation des tissus malades.

II

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

I. Généralités — Les quatre éléments de la fistule	{	Cavité intermédiaire. Orifice interne. Trajet fistuleux. Orifice externe.
II. Cavité intermédiaire	{	1. Point de départ. 2. Siège. { Classification ancienne de Laffargue. Classification d'après la division anatomique du péritoine en supérieur et inférieur. Classification en intra- et extra-péritonéales. 3. Rôle du péritoine dans sa formation. 4. Conformation extérieure . . { Forme. Capacité. Volume. Parois. 5. Conformation intérieure.
III. Orifice interne. .	{	1. Point de départ. 2. Siège. 3. Conformation . . . { Forme. Dimension. Aspect, etc.
IV. Trajet fistuleux .	{	1. Point de départ. 2. Siège. 3. Conformation . . . { Forme. Dimension. Aspect. 4. Rapports.
V. Orifice externe .	{	1. Point de départ. 2. Siège. 3. Aspect, etc.
VI. Analyse bactériologique des éléments du contenu de la cavité stercoro-purulente.		

II

Pour qu'il y ait fistule pyo-stercorale, les quatre conditions anatomiques suivantes sont nécessaires :

Une cavité intermédiaire ;

Un orifice interne ;

Un trajet fistuleux ;

Un orifice externe.

Cependant, il ne faudrait pas croire que dans tous les cas on retrouve ces quatre parties constituanes de la fistule, nettement séparées et distinctes. Il n'en est rien, et il est même assez rare que, à l'autopsie, chacune de ces parties se présente avec ses caractères définis :

L'orifice interne peut manquer et l'intestin s'ouvrir largement dans la cavité suppurante ; une partie de cet intestin, l'appendice lui-même, peuvent être englobés en totalité au sein de l'abcès.

Le trajet fistuleux peut être très long, comme parfois on le trouve au contraire extrêmement réduit. Dans certains cas même, l'orifice externe semble s'ouvrir directement dans le cloaque où se déversent à la fois matières et pus.

Mais il est un élément dont la présence est la règle et sans l'existence duquel il ne peut y avoir de fistule pyo-stercorale. Cet élément est la cavité intermédiaire.

Son importance nous la fera décrire en premier lieu. Puis, nous passerons à l'étude de l'orifice interne, du trajet fistuleux, de l'orifice externe.

Tous les abcès appendiculaires, quel que soit leur siège, peuvent être le point de départ de la cavité intermédiaire. On a essayé de classer ces abcès.

Talamon en admettait quatre groupes, et la classification de Gørster, qui a repris celle de ce dernier en la modifiant légèrement, est bien connue.

Il admet : Un type antérieur ;

— Un type postérieur ;

— Un type ilio-inguinal ;

— Un type pelvien ;

— Un type interne.

Mais cette classification est incomplète et, tout en schématisant les formes ordinaires, ne répond pas à la totalité des faits :

L'abcès siège essentiellement autour du cæcum, voilà un fait indiscutable, mais il peut émettre des prolongements variant, presque à l'infini, de direction, de forme, de volume, et nombreux sont les cas de suppuration qui, pendant la vie du malade, avaient donné lieu parfois à des hypothèses multiples et à de graves erreurs de diagnostic, et qui, à l'autopsie, ont guidé l'opérateur jusqu'à leur point d'origine appendiculaire.

La classification de Laffargue, en :

Type ascendant ;
Type descendant ;
Type interne ;
Type externe ;

est plus vaste et semblerait mieux devoir répondre au si grand nombre d'abcès décrits sous les noms de pré-cæcal, rétro-cæcal, de la fosse iliaque, pelvien.

Mais les autres classiques reconnaissent actuellement de préférence une classification correspondant à la division anatomique même du péritoine. On reconnaît au péritoine deux étages :

L'étage inférieur ou sous-ombilical, dans lequel le péritoine tapisse la paroi antérieure de l'abdomen, la cavité pelvienne et la paroi abdominale postérieure ;

L'étage supérieur ou sus-ombilical, dans lequel la séreuse, partant de l'ombilic, se réfléchit au niveau du diaphragme pour se prolonger jusque dans l'arrière-cavité des épiploons.

Partant de cette classification anatomique, nous adopterons la suivante qui nous semble le mieux s'adapter à la généralité des cas, et nous reconnaitrons aux abcès deux groupes :

Le groupe sus-ombilical ;
Le groupe sous-ombilical.

Dans le premier groupe rentreront les variétés d'abcès sous-phréniques, sous-hépatiques, lombaires.

Dans le deuxième, les foyers plus fréquents et plus nombreux de la région prévésicale ou péri-utérine, de la fosse iliaque droite et de la fosse iliaque gauche.

Enfin, il convient d'ajouter que, dans des cas plus rares, des foyers multiples à situation essentiellement variable et sous la dépendance de la disposition des brides péritonéales qui les limitent, peuvent occuper des sièges auxquels les symptômes généraux de péritonite plus ou moins étendue permettent souvent seuls de penser.

Mais, quel que soit le siège de l'abcès, sa formation nécessite toujours un autre facteur important, la réaction péritonéale tout autour de cet abcès et, au moment du début de l'abcès péri-appendiculaire, les adhérences nombreuses qui soudent le péritoine viscéral de l'appendice au péritoine pariétal avoisinant. A mesure que le foyer s'agrandit, le péritoine progressivement refoulé se décolle et permet au pus de s'étendre et d'atteindre, dans certains cas, sans perforer la séreuse, jusqu'à la paroi de l'abdomen opposée à celle où il s'est primitivement formé.

D'après cela et *a priori*, tous les abcès sembleraient donc devoir être extra-péritonéaux, et c'était là l'avis de la plupart des auteurs anciens.

Mais depuis les recherches anatomiques de Tuffier, il est admis que la cavité est parfois, et au moins au début, intra-péritonéale; de là sa division en *abcès péri-appendiculaires et para-appendiculaires*, répondant les premiers à la péritonite suppurée circonscrite, et les seconds à la pérityphlite des anciens auteurs.

La forme de la cavité intermédiaire est extrêmement

variable et dépend des réactions de la séreuse environnante aussi bien que des organes qui la limitent, la déforment, ou en modifient la direction.

La capacité en est également indéterminée, et est en rapport avec l'importance et les dimensions de l'abcès primitif. On en rencontre ayant à peine le volume d'une noix; d'autres, au contraire, s'étendent au loin et comblent des vides parfois considérables entre des portions d'intestins ou des organes avoisinants, en partie détruits ou transformés.

Les parois de la cavité intermédiaire et leur mode de formation dépendent de la région qu'elle occupe. Dans la fosse iliaque on a des muscles, des aponévroses, et le foyer se trouve tantôt au-dessus de l'aponévrose, tantôt, après l'avoir perforée ou détruite, entre cette aponévrose et le muscle iliaque. Il en est de même des collections développées au niveau de la région prévésicale, où le fascia propria, le fascia transversalis et les muscles grands droits limitent et modifient la direction de l'abcès.

D'une façon générale, une bonne partie de ces parois est représentée par les brides péritonéales si nombreuses et parfois si résistantes, conséquence directe de l'inflammation, ou par la séreuse elle-même recouvrant des parties d'intestin induré et transformé.

Parfois les muscles, les aponévroses et les organes environnants ne résistent que mal ou pas au processus destructif, et des décollements, des ramollissements, des gangrènes peuvent se produire. La myosite du psoas iliaque n'est pas rare. On a signalé un cas de carie partielle de l'os iliaque.

La conformation intérieure de la cavité est intéressante. L'aspect en est irrégulier, anfractueux. Elle est presque toujours unique, et cependant on observe parfois une forme en bissac et pouvant communiquer avec deux perforations distinctes. La consistance en est multiple, tomenteuse, bosselée sur certains points, lisse et polie sur d'autres. Certaines parties sont épaissies plus ou moins, indurées même, et vont parfois jusqu'à acquérir une consistance que Sédillot qualifie de squirreuse.

Dans l'épaisseur des parois existent de petits abcès superficiels communiquant largement avec le foyer primitif. En la plupart des points, une membrane pyogénique véritable tapisse ces anfractuosités.

L'intérieur de la cavité contient du pus en plus ou moins grande abondance, variable dans sa consistance, plus ou moins fluide ou crémeux, et dans sa coloration, tantôt foncé, tantôt jaune ou verdâtre, et parfois sanglant.

On y rencontre aussi des débris de toutes sortes, tels que corps étrangers provenant du tube intestinal ou introduits de l'extérieur avec les pièces du pansement. Les matières stercorales, avec leur aspect et leur odeur caractéristiques, sont mélangées au pus dans des proportions variables, en rapport avec l'orifice interne.

Il peut exister encore dans l'intérieur de la cavité des saillies molles plus ou moins flottantes, constituées par un segment d'intestin et, le plus souvent, par l'appendice lui-même perforé et mortifié en partie ou en totalité et plongeant dans le foyer. Le vermium peut être largement ouvert, ou même le cæcum à ce niveau,

et transformer la cavité intermédiaire en un véritable cloaque. Dans ces cas, le doigt explorateur a une sensation de mollesse toute particulière qui lui permet de déterminer le point de communication de la poche avec l'intestin.

Enfin, d'autres organes ont pu y être rencontrés, surtout dans le cas de cavité à grandes dimensions.

Dans un cas rapporté par Verneuil, le nerf crural était contenu dans la cavité.

L'étude de l'orifice intestinal est moins complexe. Par le fait même que la lésion primitive est appendiculaire, l'ouverture intestinale a naturellement son siège limité presque exclusivement à la région iléocæcale.

Cependant, on peut admettre une infection para-appendiculaire aboutissant à l'inflammation, puis à la perforation d'une anse grêle environnante. Dans la thèse de Blin sur les fistules consécutives aux suppuration dues aux abcès de la cavité abdominale, parmi lesquels la grande majorité peut être à l'heure présente considérée comme d'origine appendiculaire, sur 38 cas de fistules :

3 perforations sont dues à l'intestin grêle,		
22	—	au cæcum ou à l'appendice,
7	—	au côlon ascendant,
6	—	au côlon descendant ou à l'S iliaque.

Les sièges cæcal et appendiculaire sont de beaucoup les plus fréquents.

Quand une appendicectomie a été pratiquée, et qu'à sa suite un écoulement stercoral s'établit, on ne peut discuter l'origine cæcale de la fistule. Dans d'autres cas, au cours de l'opération ou de l'autopsie, on trouve la perforation siégeant au point d'insertion du diverticule iléo-cæcal. Enfin, l'ouverture peut avoir lieu de dehors en dedans, et M. Brun en a relevé une observation dans un cas d'opération tardive.

Quant au siége appendiculaire de l'ostium intestinal, il est beaucoup plus fréquent, et il est connu depuis bien longtemps. La meilleure preuve en est dans le cas où l'appendicectomie amène la guérison de la fistule. Le niveau de la perforation est très variable ; cependant elle siége de préférence à la base de l'appendice, tout près de son insertion cæcale ou alors à son extrémité libre.

Enfin, dans certains cas, l'orifice siége à la fois sur l'appendice et le cæcum accolés l'un à l'autre et fusionnés en partie par suite de la fonte de leurs parois.

Ses dimensions sont relatives : il peut revêtir l'aspect d'une fente plus ou moins grande ou concorder avec la lumière de l'appendice qui plonge dans la cavité purulente.

Le plus souvent l'orifice intestinal revêt l'aspect d'un repli, d'une sorte de bourrelet tapissé par la muqueuse, qui va, lorsque la perforation est déjà ancienne, se confondre avec la membrane pyogénique. D'autres fois il est circulaire, à bords plus ou moins réguliers, ou encore infundibuliforme.

Les membranes intestinales du voisinage sont tuméfiées, décollées parfois. Les adhérences déplacent

souvent les circonvolutions intestinales et en troublent les rapports ; chez un malade guéri de sa fistule depuis longtemps et mort d'une autre affection, Joh Burne trouva l'appendice et une portion du cæcum adhérents à la cicatrisation de l'abcès.

Aux alentours de l'orifice, l'intestin enfin est injecté plus ou moins, épaissi dans sa couche externe, rétréci par suite de la perte de ses fonctions. Ajoutons que, sans traces de lésion aucune, il peut être rétréci notablement par suite de l'action mécanique due aux adhérences, et c'est cette réaction intense du péritoine aux alentours de l'orifice intestinal qui constitue la péritonite chronique enkystée consécutive, d'où la production du gâteau induré de Trélat, grosse de conséquences pour le pronostic opératoire.

Le trajet fistuleux peut être simple ou multiple. Mais, en réalité, on peut considérer qu'il n'existe qu'un trajet unique, les autres n'étant que des fistules secondaires communiquant entre elles ou avec la principale. Parfois, elles sont isolées et ne communiquent pas avec la poche. Dans ce cas, elles proviennent de suppurations de voisinage ou de l'étroitesse du trajet fistuleux primitif, insuffisant pour l'écoulement du pus.

Certaines formes d'appendicite à tendance d'évolution essentiellement fistuleuse, comme les formes tuberculeuse et actinomycosique dont nous avons déjà parlé dans un chapitre précédent, se manifestent plus spécialement par la présence de trajets multiples et à

directions divergentes (cas de M. Gangolphe cité plus haut).

Le trajet, qu'il soit unique ou multiple, est généralement irrégulier, très capricieux dans son évolution ; il refoule le péritoine, contourne les organes, et s'ouvre un chemin entre les divers plans musculaires et aponevrotiques. Sa longueur est essentiellement variable : en moyenne on peut admettre qu'elle oscille entre 3 et 12 centimètres. Mais n'oublions pas qu'il peut être très réduit, presque supprimé, lorsque l'abcès siège directement au-dessous de la paroi, ou bien encore lorsqu'une suppuration abondante l'a effacé, lui substituant en quelque sorte la cavité intermédiaire prolongée jusqu'à l'orifice externe.

Sa largeur est peu fixe : on peut dans certains cas y passer l'index même facilement ; dans d'autres, une sonde de femme y passe difficilement ; dans d'autres enfin, il reçoit à peine une bougie n° 12 de la filière Charrière. Son diamètre est d'ailleurs rarement le même sur tout son parcours. De là sa structure moniliforme, due aux rétrécissements et aux dilatations qui se succèdent le long de ce parcours, et y revêtent l'aspect de petits clapiers secondaires.

Sa direction est rarement rectiligne ; sa structure, comme celle de la cavité intermédiaire, varie avec les organes qu'il traverse et qui le limitent. Il est tapissé intérieurement d'une muqueuse d'occasion, molle, saignante et facilement décollable. Ses rapports dépendent essentiellement de sa situation, et le mettent en contact plus ou moins étroit avec les organes de la région. Parfois il n'aboutit pas franchement à l'orifice cutané

et chemine plus ou moins obliquement dans l'épaisseur de la peau.

L'orifice externe, et pour nous toujours cutané, puisque notre travail se limite exclusivement aux fistules entéro-cutanées, se produit de deux façons, suivant que l'abcès s'ouvre lui-même à la peau ou que l'ouverture est le résultat d'une intervention.

Dans le premier cas, l'orifice est généralement infundibuliforme, et la peau se plisse autour de lui en plis rayonnés, se continuant insensiblement avec la muqueuse qui tapisse l'intérieur du trajet. D'autres fois, l'orifice revêt l'aspect d'une petite surélévation au sommet de laquelle se trouve un pertuis beaucoup plus petit que dans l'aspect infundibuliforme. Cet orifice est souvent humide et laisse suinter constamment un liquide louche. Parfois il se recouvre momentanément de croûtes, ou bien la muqueuse bourgeonne et l'obstrue en partie, ce qui peut dans certains cas faire croire à une guérison. Dans le cas de fistule due à l'appendicite actinomycosique, il offre au niveau de ses bords une coloration bleue violacée pathognomonique.

Dans le deuxième cas, l'ouverture externe de la fistule due à l'intervention se rétrécit rapidement, et laisse persister un conduit ovalaire ou arrondi que recouvrent des fongosités et des bourgeons charnus. Les bords en sont plus ou moins taillés à pic, plus ou moins décollés, et de petits clapiers superficiels en ré-

sultent. La peau environnante est rouge et est le siège d'érythème et d'excoriations.

Pour ce qui est du siège de l'orifice cutané, si nous nous en rapportons à la thèse de Blin, nous voyons que, sur 18 cas, le siège de cet orifice cutané est réparti comme il suit :

Dans 13 l'orifice siège au niveau de la fosse iliaque droite ;

1 l'orifice siège au niveau de l'apophyse épineuse, postérieure et supérieure ;

1 l'orifice siège au niveau de la région iléolombaire droite ;

2 l'orifice siège au niveau de l'ombilic ;

1 l'orifice siège au niveau de l'aine droite.

D'où nous concluons à la grande fréquence de l'ouverture du trajet dans la région iliaque droite. Dans d'autres cas, l'orifice est à gauche et concorde avec une appendicite gauche, comme dans les trois cas publiés dans la thèse d'Aroud. (Obs. III, VIII et IX.)

Parfois, l'orifice siège à la région lombaire ; d'autres fois encore à l'ombilic ou à la région sus-pubienne ou inguino-scrotale.

Dans tous les cas, il est un facteur dont il est bon de tenir compte, c'est la pesanteur, agissant sur l'évolution du trajet et faisant fuser le pus vers les régions les plus déclives, dans la position occupée par le malade : Barthélemy avait expliqué de cette manière la fréquence relative de l'ouverture lombaire.

En résumé, par ordre de fréquence, l'orifice externe siège :

Dans la région iliaque droite ;

Dans la région lombaire ;
Dans la région inguino-scrotale ;
Dans les autres indifféremment.

Avant de terminer ce chapitre, disons quelques mots sur la nature et l'examen bactériologique du liquide épanché.

Des analyses multiples en ont été faites, parmi lesquelles nous citerons celles du D^r Macaigne, chef du laboratoire du D^r Monod, celles de M. Adénot, de Lyon, sur les épanchements de quatre malades différents.

Nous résumerons, dans le tableau suivant, les résultats qu'il convient de retenir. Nous considérerons les trois cas, où le liquide est ou bien seulement séreux, ou bien purulent, ou fécaloïde.

Liquide séreux provenant de la folliculitelymphatique appendiculaire . .	{ Sérosité louche presque incolore. Quelques globules blancs. Eléments multiples de desquamation. Corps étrangers. Peu de microbes.
Liquide franchement purulent	{ Liquide épais à coloration variable. Beaucoup de globules blancs. Tous les microbes de la suppuration parmilesquels. . { Streptocoque. Staphylocoque. Coli-bacille.
Liquide fécaloïde . .	{ Liquide brunâtre. Odeur fécaloïde. Parcelles de matières fécales. Flore microbienne riche. Coli-bacille.

Enfin, dans les cas d'appendicite tuberculeuse, on peut déceler dans le pus le bacille et les éléments spécifiques, et dans le cas d'appendicite actinomycosique, la présence des grains caractéristiques de l'affection.

III

ETUDE DES SYMPTOMES, DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC

ÉTUDE DES SYMPTÔMES, DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC

- I. Symptômes capables de faire prévoir la fistule. {
1. Cas où l'orifice intestinal s'établit en premier lieu.
 2. Cas où l'orifice intestinal s'établit en dernier lieu.

- II. Symptômes de la fistule à sa période d'état . . {
- | | | | |
|---------|---|--------------------------------|-----------|
| Locaux. | 1. Subjectifs | a) Douleur . { | locale. |
| | | | irradiée. |
| | 2. Objectifs et fonctionnels | b) Vomissements. | |
| | | a) Aspect de l'orifice cutané. | |
| | | b) Examen du trajet au stylet. | |
| | | c) Apparition des gaz. | |
| | | d) — du sang. | |
| | | e) — du pus. | |
| | | f) — des matières. | |
| | g) Pus et matières rendus par la fistule, par l'anus. | | |

- Généraux. {
1. Mauvais état général.
 2. Amaigrissement.
 3. Fièvre. — Hecticité.
 4. Dans certains cas : maladies concomittantes.

- III. Diagnostic . . {
1. De l'existence de la fistule. {
 2. Différentiel . {
- | |
|---|
| a) Si elle est de date ancienne. |
| b) Si l'on assiste à son développement. |
| a) De l'orifice. |
| b) Du siège de l'abcès. |

IV. Marche. — Durée. — Terminaison. — Complication.

V. Pronostic.

III

Y a-t-il des symptômes capables, alors que l'abcès est formé dans la cavité abdominale et qu'une fluctuation nette permet d'en faire le diagnostic exact, mais qu'aucune trace extérieure du trajet fistuleux n'existe encore, de faire supposer une tendance à la fistulisation de l'abcès?

Si la communication de la cavité intermédiaire avec l'intestin s'établit avant l'ouverture du trajet à la peau, le passage des gaz intestinaux dans la poche purulente peut donner lieu à un certain degré de gargouillement.

Mais le signe est, croyons-nous, de peu de valeur, car d'abord il présuppose une cavité intermédiaire de volume assez considérable et d'accès facile à la palpation; ensuite, il peut être dû à des gaz provenant uniquement de la suppuration et ayant pris naissance directement dans la poche et indépendamment de toute communication avec l'intestin.

Mais il n'en pas de même du cas inverse, où le passage du pus dans le cæcum produit chez le malade un soulagement considérable, en même temps qu'une diminution de tension au niveau de la poche fluctuante, appréciable pour le médecin; d'autre part, la présence

du pus peut être décelée dans les selles, qui elles-mêmes peuvent être, au moment du début de la perforation, plus ou moins sanguinolentes.

Lorsque la communication avec l'extérieur a précédé la perforation, les symptômes sont beaucoup plus nets. Le premier signe en est la sortie de gaz par l'orifice cutané, qui peut être constatée subjectivement aussi bien qu'objectivement. Un autre, plus sûr et plus constant, est la présence de matières dans le pansement, présence ne pouvant laisser aucun doute, si l'on se fie à l'odeur fécaloïde qui n'existait pas auparavant et au changement d'aspect notable du pus.

Lorsque la fistule est constituée, les signes en sont plus nombreux. Nous les diviserons en locaux et en généraux.

Les signes locaux comprennent eux-mêmes les signes subjectifs et les signes objectifs et fonctionnels.

Comme symptôme subjectif de quelque valeur, nous ne voyons guère que la douleur qu'accusent la plupart des malades. Cette douleur existe au niveau même de la lésion. Elle a le caractère particulier de revêtir la forme de coliques coïncidant justement avec les autres signes extérieurs de la fistule. Elle est due autant aux adhérences intestinales, qu'à la présence anormale du pus dans l'intestin ou des matières dans le trajet fistuleux. Disons cependant tout de suite que l'accoutumance de l'intestin pour le pus se fait assez vite, plus vite que celle du trajet pour les matières, car

la muqueuse de ce trajet, véritable muqueuse d'emprunt, est très délicate et souvent le siège d'excoriation.

Dans certains cas, les douleurs s'exaspèrent lorsqu'on sonde le trajet ou qu'on y pousse une injection dans un but d'antisepsie ou de cicatrisation.

La fistule donne lieu aussi à des douleurs irradiées, précisément dans les mêmes conditions. Ces irradiations se font un peu dans tous les sens, mais particulièrement vers la face interne de la cuisse et la région du genou, par l'intermédiaire du nerf crural, souvent plus ou moins comprimé ou irrité.

Enfin, le malade se plaint dans certains cas de vomissements qu'il n'avait pas auparavant et auxquels on peut attribuer une origine réflexe.

Les symptômes objectifs et fonctionnels sont plus nombreux et plus fixes. D'abord, l'aspect particulier de l'orifice cutané, avec sa forme en mamelon ou en entonnoir et sa muqueuse bourgeonnante, sa peau à la périphérie irritée et érythémateuse, enfin sa couleur particulière dans certains cas (actinomyose). Ensuite viennent l'examen et l'exploration prudente du trajet à l'aide du doigt ou du stylet, suivant le cas ; enfin, l'apparition de gaz, de sang, de pus et de matières.

Nous n'insisterons pas sur les bulles gazeuses que l'on peut constater entre les lèvres de l'orifice, ni sur l'apparition de quelques gouttes de sang en rapport avec la perforation intestinale ou un sondage maladroit ou trop brusque du trajet fistuleux.

Le pus est facilement reconnaissable à son aspect particulier, qui peut revêtir toutes les qualités connues de coloration, de limpidité, d'odeur. Disons seulement

qu'il peut être jaune, verdâtre ou foncé, crémeux ou mal lié, ou à aspect presque séreux, et que son odeur est généralement forte et repoussante. Il peut même avoir une odeur fécaloïde, indépendamment du mélange de toute matière. Nous reviendrons un peu plus loin sur cette particularité. La quantité du pus écoulé en vingt-quatre heures est extrêmement variable, tantôt très minime, tantôt considérable, pouvant atteindre 500 grammes par jour dans certains cas, tantôt variable d'un jour à l'autre : souvent une diminution dans l'écoulement du pus ou même une suppression complète peuvent faire croire à la cicatrisation du trajet, lorsque soudain une débâcle nouvelle se produit. Il peut, en effet, sous l'influence de bourgeonnements à l'intérieur du trajet ou de la cavité intermédiaire, se produire de la rétention et, par suite, des fusées collatérales.

Enfin l'analyse bactériologique du pus, qui doit être faite pour que l'examen soit complet, révèle, en dehors des microbes ordinaires de la suppuration, des microbes intestinaux tels que le *bactérium coli*.

Les matières, de même que le pus, sont d'aspect, de couleur et de consistance variables, en rapport avec l'état de l'intestin, aussi bien qu'avec l'alimentation du malade. Tantôt elles sont franchement foncées, tantôt grisâtres, brunes, verdâtres ou jaunes. Tantôt elles sont épaisses, tantôt liquides. Leur odeur est caractéristique de la perforation, et cependant notons que dans certains cas l'odeur stercorale a pu être observée dans du pus provenant d'une collection développée au voisinage de l'intestin sans perforation aucune de cet intestin. Mais dans la plupart des cas l'odeur est un bon signe,

surtout lorsqu'elle survient tout à coup alors qu'auparavant le pus ne la possédait pas.

L'analyse de ces matières y fait reconnaître, entre les déchets provenant de la digestion et de la desquamation intestinale, des éléments multiples du contenu du tube digestif, tels que bile, suc pancréatique, chyle, corps gras, etc.

Dans certains cas, peu de temps après leur ingestion, certains aliments ou remèdes ont pu se présenter, facilement reconnaissables à l'orifice de la fistule, et rendre non douteux le diagnostic.

Ces matières, de même que le pus, ne s'écoulent pas d'une manière constante, et leur apparition ainsi que leur quantité est en rapport avec l'état de vacuité ou de réplétion ainsi que d'irritation de l'intestin. Enfin des circonstances particulières, telles que position du malade, effort, etc. peuvent influencer sur leur production.

En même temps, les matières rendues par l'anus changent de caractères ; elles contiennent du pus en plus ou moins grande abondance. Leur quantité et leur richesse en pus varient souvent en raison inverse de la quantité de matières et de pus rendus par la fistule. Signalons enfin la constipation assez fréquente qui résulte de la présence du pus dans le gros intestin.

Les symptômes généraux sont souvent au début les mêmes que ceux de l'appendicite, cause première de la fistule, lorsque cette fistule se développe peu de

temps après le début de la maladie. Lorsque son existence remonte à de longues semaines, l'amaigrissement par défaut d'alimentation suffisante provenant des pertes intestinales, l'anémie, l'hecticité même, accompagnée ou non de fièvre, et en rapport avec l'épuisement dû à une longue suppuration, doivent faire songer de suite à la possibilité d'une fistule et mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin, les signes généraux ou des manifestations concomitantes limitées à d'autres organes, de la tuberculose, ou la coïncidence d'autres lésions actinomycosiques, devront faire songer aux deux formes particulières d'appendicite dont nous avons parlé précédemment comme donnant fréquemment naissance à des trajets fistuleux.

Le diagnostic de l'existence de la fistule est facile, et se fait d'après les symptômes que nous venons d'énumérer :

Si l'on assiste au début de la lésion, on constate aisément ses caractères propres ; si elle est déjà de date ancienne, un interrogatoire précis et un examen approfondi du malade mettront sur la voie de l'affection primitive d'abord, ensuite des signes de la complication que nous étudions.

Le diagnostic différentiel de l'origine de la fistule et du siège et l'abcès offre une difficulté souvent bien plus grande.

Pour ce qui est de l'origine de l'abcès, il faudra pen-

ser aux abcès sous-hépatiques, périnéphrétiques, aux abcès osseux de la fosse iliaque, aux abcès des annexes et des ligaments larges chez la femme, aux collections musculaires profondes ou superficielles et même sous-cutanées, car toutes les suppurations peuvent avoir des caractères communs avec celles d'origine appendiculaire dans leur évolution et leurs symptômes.

La non-coexistence d'une affection aiguë du foie ou le manque d'antécédents dysentériques ou d'une colécystite antérieure écarteront la première hypothèse.

Un interrogatoire précis révélant des troubles dans les fonctions rénales, et les signes propres aux collections périnéphrétiques, indépendamment de leur siège de préférence lombaire, feront éliminer la deuxième hypothèse.

Des recherches minutieuses du côté du système osseux et spécialement du bassin, et une étude sérieuse des précédents et de l'état général du malade empêcheront de songer à des lésions osseuses.

Les signes propres aux lésions de l'appareil génital de la femme, aussi bien que les caractères particuliers des myosites aiguës profondes, telles que celle du muscle psoas-iliaque, ou des abcès intra-musculaires des muscles grands droits de l'abdomen et de la peau de cette région, élimineront les autres causes d'erreur.

Ajoutons enfin que la non-coexistence d'une entéro-cèle antérieure qui aurait pu s'étrangler, ou d'une péritonite localisée de causes multiples ne permettra pas la confusion. Quant à la péritonite chronique tuberculeuse, elle s'ouvre le plus généralement de préférence

au niveau de l'ombilic, et concorde le plus souvent avec les autres signes généraux de la bacillose.

Mais les symptômes locaux sont plus sûrs, et si l'on songe au grand nombre des cas dans lesquels les signes de fistule pyo-stercorale observés dans les régions le plus fréquemment occupées par l'appendice, telles que la fosse iliaque droite, ont concordé avec une origine appendiculaire de cette fistule, on pensera toujours à incriminer l'appendice, et cela d'autant plus facilement que l'évolution fistuleuse de l'abcès appendiculaire se produit rarement à la suite d'une première poussée d'appendicite, et que les signes de cette appendicite première peuvent être facilement retrouvés.

La marche de l'affection est essentiellement variable : dans certains cas elle est de courte durée, et la fistule se tarit facilement d'elle-même ; dans d'autres, au contraire, elle s'éternise, et après des alternatives de semblants de guérison et de rechutes, la suppuration persiste et se prolonge indéfiniment avec ses complications graves possibles.

Le temps qui s'écoule entre le début de l'affection primitive et l'établissement de la fistule varie également beaucoup. En général, elle se produit assez longtemps après le début de l'abcès ; tout cela est en rapport avec la violence de la crise appendiculaire et de la suppuration consécutive, le degré de la réaction péritonéale, la résistance du sujet. On a observé des fistules le troisième jour de la poussée

d'appendicite ; beaucoup plus souvent elles s'établissent au bout d'un ou de plusieurs mois.

Une fois établie, la fistule a une durée également très peu fixe, qui varie de quelques jours à des mois et à des années, en rapport toujours avec les dimensions des éléments de la fistule et, parmi ceux-ci, principalement de l'orifice intestinal et de la cavité intermédiaire. Quand la fistule dure depuis un temps variant entre quarante et soixante jours, et que l'état général du malade est médiocre, il y a de fortes chances pour que la fistule se transforme en un véritable anus contre nature et s'éternise des mois et des années.

Et cependant souvent, après un temps variable, elle guérit d'elle-même si nous nous en rapportons à la statistique de Blin qui, sur ses 72 cas de fistule pyostercorale d'origine multiple, rapporte 49 guérisons et 4 cas seulement de permanence de la fistule. Mais n'oublions pas que nous nous occupons de fistules exclusivement d'origine appendiculaire, et que de nouvelles causes fort importantes, parmi lesquelles la persistance de l'appendice gangrené au fond de la cavité, s'il s'agit d'appendicite aiguë, et le peu de tendance à la guérison spontanée s'il s'agit d'appendicite tuberculeuse ou actinomycosique, viennent diminuer considérablement les chances de guérison spontanée.

Si l'oblitération a lieu, bien souvent ce n'est qu'au bout d'un temps très éloigné du début des accidents, pendant lequel le malade est loin d'être à l'abri des complications qui peuvent l'emporter.

Il peut, en effet, succomber à une péritonite localisée à la région malade, survenant à la suite de la rup-

ture d'adhérences; ou à l'occasion d'un sondage intempestif, ou d'une intervention incomplète ou mal conduite; ou bien encore à une péritonite généralisée consécutive à la première ou s'établissant d'emblée.

Mais, plus généralement, c'est à l'épuisement, à un empoisonnement lent et chronique que peut succomber le porteur de la fistule. Le pus, les matières, l'air extérieur, les pièces du pansement, forment un mélange essentiellement dangereux, qui finit par pénétrer dans la circulation générale et frapper l'organisme d'une sorte de septicémie chronique; les malades maigrissent peu à peu par défaut d'alimentation, et tombent dans un état d'anémie grave et sans remède; la peau prend une teinte cachectique, puis la fièvre apparaît avec son cortège de sueurs profuses et de diarrhée.

Les œdèmes se produisent et les complications viscérales.

Il est vrai que l'on peut objecter que, par suite du siège de la perforation, le défaut d'alimentation du sujet doit être relativement minime, une grande partie des liquides intestinaux ayant pu être utilisés avant qu'ils soient arrivés au niveau de la perforation. Mais il faut bien savoir que la faiblesse générale, le manque d'air, le défaut d'exercice et bien d'autres causes de même ordre, indépendamment d'un dégoût naturel qu'a le malade pour les aliments et l'impression morale fâcheuse que produit sur lui la persistance de son infirmité, contribuent pour une large part à cet état de dénutrition.

En un mot, épuisement et septicémie chronique, tel est le sort qui menace le malade porteur depuis longtemps d'une fistule pyo-stercorale.

« Les fistules stercoro-purulentes, dit Verneuil, au bout d'un temps plus ou moins long, finissent toujours par détériorer la constitution et amener un état particulier caractérisé cliniquement par la fièvre lente, les troubles continus des fonctions nutritives, un affaiblissement progressif, et anatomiquement par des lésions profondes des grands viscères. »

Ce pronostic sombre est toutefois exagéré, il faut le reconnaître. La fistule guérit souvent d'elle-même. Mais son danger est précisément dans la lenteur de cette guérison, lenteur qui varie essentiellement avec l'âge, le sexe, la constitution du sujet, le siège de l'affection, l'état général et les affections concomitantes, et qui dépend aussi de l'étendue de la perforation connue ou supposée, des dimensions de l'orifice fistuleux extérieur, et de la quantité de matières et de pus rendus journellement. Ajoutons enfin que, s'il s'agit d'appendicite tuberculeuse ou actinomycosique, avec leur suppuration particulièrement longue et tenace, et leur tendance à la formation des trajets fistuleux multiples, il n'est guère permis de compter sur une guérison spontanée.

En un mot, par elle-même, la fistule pyo-stercorale due aux lésions appendiculo-cæcales n'est pas d'un pronostic grave ; mais la longueur de sa durée et sa guérison extrêmement lente et très problématique, ainsi que les complications graves qu'elle peut entraîner l'assombrissent et semblent devoir autoriser dans certains cas un traitement énergique.

IV

TRAITEMENT

TRAITEMENT

I. Traitement palliatif . .	{	1. Médical . . .	{	a) Agir sur l'état général.
				b) Hygiène.
				c) Alimentation.
				d) Etat de vacuité du gros intestin.
				e) Soins généraux de la plaie.
	{	2. Chirurgical (interventions incomplètes) . .	{	a) Injections irritantes.
				b) Cautérisations.
				c) Fermeture de l'orifice externe seul.
				d) Fermeture du trajet seul.
II. Traitement curatif . .	{	3. Chirurgical (interventions complètes) . . .	{	a) Méthode extrapéritonéale :
				— Ses inconvénients.
				b) Méthode intrapéritonéale :
				— Ses avantages.
				— Son manuel opératoire.
				— Quelques cas d'intervention intrapéritonéale.

IV

De tout temps on s'est occupé du traitement de la fistule pyo-stercorale, et on a appliqué à la fistule d'origine appendiculo-cæcale la plupart des moyens préconisés pour la cure des fistules stercorales d'origines diverses.

Nous distinguerons un traitement palliatif et un traitement curatif. Le premier comporte les moyens médicaux proprement dits, à part cependant certains cas où un traitement purement médical approprié peut suffire à amener la guérison, et certaines méthodes chirurgicales plus ou moins incomplètes.

Le second est le traitement chirurgical à proprement parler.

Quoique nous ayons l'intention, dans ce chapitre, d'insister tout particulièrement sur ce dernier mode de traitement, nous croyons bon néanmoins de dire quelques mots sur certains points de la thérapeutique médicale, dont l'utilité et même l'efficacité dans quelques cas ne sauraient être mises en doute.

Nous passerons ensuite en revue les principales méthodes chirurgicales employées précédemment, puis nous exposerons le manuel opératoire propre à la

méthode nouvelle et les quelques observations bien typiques que nous avons pu réunir à ce sujet.

Le traitement palliatif médical comprend plusieurs points dont voici les principaux :

D'abord, par tous les moyens possibles, on doit s'efforcer de relever l'état général du malade.

Une hygiène rigoureuse, si possible, s'impose : il est des cas où de bonnes conditions hygiéniques ont pu suffire à amener la guérison d'une fistule. Le séjour à la campagne, au grand air, le repos absolu en décubitus dorsal en sont les parties constituantes.

L'alimentation doit être reconstituante et suffisante, sans toutefois fatiguer l'intestin du malade. Elle doit être proportionnée, dans sa qualité et sa quantité, aux dimensions connues ou supposées de la fistule et à la quantité de matières perdues. Le régime lacté bien toléré est excellent, surtout dans les premiers jours ; la poudre de viande, le jus de viande, les bouillons très concentrés, les aliments intensifs doivent entrer pour une large part dans l'alimentation. Enfin, on doit éviter à tout prix les débâcles intestinales, qui compromettent si facilement une guérison aux trois quarts obtenue.

Mais une condition très importante à remplir, si l'on veut mener à bonne fin le traitement, est par-dessus tout l'état de vacuité de l'intestin au-dessous de l'orifice fistuleux, et il faut bien savoir que le mauvais fonctionnement du gros intestin est une cause fréquente d'éternisation de la fistule.

On devra donc donner des purgatifs, comme les préconisaient tant Louis et Sabatier (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. VIII et XV), et pratiquer des lavements répétés jusqu'à plusieurs fois par jour. Ces lavements ont le double avantage de permettre la circulation dans le bout inférieur, et par suite d'empêcher les matières de refluer par la fistule, et ensuite d'éviter la formation des ptomaïnes très toxiques, qui agissent d'autant plus rapidement et sûrement qu'elles trouvent chez le malade un terrain faible et anémié.

Par conséquent, aussitôt que la fistule est nettement constituée et qu'il ne reste plus aucune trace de péritonite adhésive localisée, on doit commencer le régime des purgatifs et des lavements. Comme purgatifs, on s'en tiendra aux purgatifs doux, au premier rang desquels est l'huile de ricin; on doit se garder des drastiques, à cause des contractions péristaltiques considérables qu'ils déterminent. Comme lavements, on préconisera les lavements glycélinés, qui ont donné à eux seuls d'excellents résultats.

Enfin, une antiseptie aussi complète que possible au niveau de la plaie, un pansement occlusif levé journellement, des injections antiseptiques dans le trajet, des lavages extérieurs fréquents à l'eau bouillie pour éviter l'érythème et l'inflammation de la peau aux abords de l'orifice externe, causés par l'irritation continuelle due à la présence du pus et des matières.

Des interventions plus ou moins incomplètes ont été

lentées contre la fistule. Mentionnons simplement les injections irritantes à l'intérieur du trajet et de la poche purulente pour en obtenir l'oblitération par inflammation et bourgeonnement consécutifs, les cautérisations au thermo-cautère, ou bien enfin les sutures après avivement de ce trajet et de l'orifice externe, dont l'oblitération incomplète et insuffisante offrent tous les dangers de la rétention du pus et, en revanche, bien peu de chances de guérison.

Toutes les interventions, en effet, qui ne remontent point largement jusqu'à la lésion intestinale, sont vouées à l'échec : tant que la clôture de cette dernière n'est point parfaite, on a beau procéder à l'avivement et à l'autoplastie du trajet cutané, les filtrations microbiennes qui viennent de l'intestin et de la cavité intermédiaire, infectent les plans de suture et font échouer la réunion.

Dieffenbach, Nélaton, Blandin, qui s'en tinrent à la fermeture de l'orifice cutané, eurent de nombreux insuccès.

Velpeau, Gosselin, allaient jusqu'à l'orifice intestinal en évidant la peau et le trajet, et transformant ainsi ce trajet en un entonnoir dont la base est à la peau et le sommet à l'intestin, suturaient les parois avivées de ce cône et obtenaient ainsi, dans certains cas, l'obturation de la perforation.

Mais ce procédé, applicable seulement à des fistules de petites dimensions, n'offre aucune garantie pour des cas de perforation considérable, et surtout de grandes cavités purulentes.

Dans la fistule pyo-stercorale, en effet, il ne faut pas oublier que deux éléments primordiaux sont constitutifs à eux seuls de cette fistule, l'orifice intestinal et la cavité intermédiaire, l'orifice externe et le trajet n'étant que secondaires. Il faut donc s'attaquer absolument à ces deux éléments de persistance de la fistule si l'on veut obtenir un résultat complet. La simple obturation de la perforation intestinale peut réussir dans les cas de fistule uniquement stercorale, mais la poche purulente subsiste toujours, entraînant avec elle la permanence de la suppuration. La dissection du trajet fistuleux, le curettage de la poche, sont d'une bonne thérapeutique, mais absolument incomplète si l'action chirurgicale ne porte pas sur l'origine même du mal sur l'ostium intestinal.

Il faut donc, dans tous les cas de fistule déjà ancienne, à origine appendiculaire non douteuse, recourir à la méthode sanglante, et si l'origine cæcale ou appendiculaire est douteuse, pratiquer tout au moins la laparotomie exploratrice sans danger, qui permettra de confirmer le diagnostic.

La cure chirurgicale de la fistule pyo-stercorale comprend deux grandes méthodes : La méthode extra-péritonéale, la méthode intra-péritonéale.

La première est ancienne. Nombreux sont les chirurgiens anciens qui ont tenté la guérison de ces fistules par des interventions incomplètes encore, s'en tenant au trajet ou à l'orifice externe ; ou, s'ils laparo-

tomisaient, ils agissaient avec une extrême prudence, et redoutant d'attaquer la séreuse, se tenaient constamment en dehors d'elle et ne franchissaient pas la barrière des adhérences.

Denonvilliers s'efforçait, après une sorte de décortication du trajet, de cliver la muqueuse de l'intestin et de la suturer seule après l'avoir rebroussée en dedans, suture instable et contraire au principe fondamental de l'adossement séreux.

Malgaigne se bornait à un décollement étroit de quelques millimètres, de façon à ne pas sortir de la zone des adhérences préservatrices.

Or ces dissections du trajet demeurent malaisées, obscures, sans précision aucune, et sont destinées à de nombreux insuccès : en effet, pour être solides, les sutures doivent porter sur la séreuse saine et comprendre plutôt deux rangées qu'une. D'autre part, la portion cæcale ou appendiculaire qui est le siège de la perforation est changée souvent dans ses rapports. Pour les libérer aisément de leurs adhérences, il faut les séparer largement de la paroi sous peine de voir échouer la réunion intestinale, car non seulement ces adhérences sont un obstacle mécanique à la suture des lèvres de l'ostium, mais encore sont une cause de gêne pour la circulation des matières.

Les procédés extrapéritonéaux ne s'occupent donc guère que de la fermeture de l'orifice cutané et se limitent à l'avivement du trajet et de la poche purulente. S'ils s'attaquent jusqu'à l'orifice intestinal, ils sont insuffisants et n'offrent aucune garantie de succès et de durée. Le débridement dans ces conditions

est long, sinon impossible, et les sutures peu solides et peu stables : actuellement on vise surtout et avant tout l'orifice intestinal, cause originelle et facteur de permanence de la lésion, et on pourrait même se dispenser de fermer la paroi : MM. Schwartz et Chaput bourrent simplement l'incision de gaze iodoformée sans la suturer ; elle se ferme d'elle-même quand les filtrations intestinales sont taries.

Et bien, pour arriver jusqu'à cet orifice intestinal dans de bonnes conditions opératoires, et être sûr de dégager cet orifice et de l'obturer d'une façon définitive, il faut opérer au grand jour et en plein péritoine.

Si l'on doit pratiquer cette méthode intra-péritonéale, les soins antiseptiques de la séreuse doivent avant tout être rigoureux. L'intestin sera également préalablement vidé par quelques purgatifs, assaini par le régime lacté et les antiseptiques en usage (benzonnaphthol, salol, etc.). On assurera la désinfection générale par un bain ; on administrera la veille de l'intervention de l'opium pour immobiliser l'intestin. Le bourrelet muqueux de l'orifice externe cutané sera détruit au thermo-cautère.

L'opération comprend quatre temps :

- I. *Incision de la peau,*
- II. *Incision des plans profonds et section du péritoine,*
- III. *Dissection large et libération du trajet et de la poche jusqu'à l'orifice intestinal,*

IV. *Occlusion de l'orifice intestinal.*

I. — On introduit dans le trajet une mèche de gaze iodoformée. Ensuite on pratique une large incision elliptique englobant la totalité de l'orifice externe, et distant de ses bords de 2 à 3 centimètres environ. Puis on dissèque soigneusement la portion incluse dans cette ellipse, c'est-à-dire l'orifice lui-même.

II. — On incise selon la méthode habituelle, plan par plan la paroi musculaire, selon une ligne parallèle fibres musculaires. Cependant, dans certains cas, pour la plus grande commodité de l'intervention, on peut suivre le procédé préconisé par Reclus, qui consiste à entailler la paroi par une incision en forme de fer à cheval, permettant de la soulever comme un panneau entraînant avec lui le paquet d'intestin parfois adhérent, et donnant ainsi un jour considérable au champ opératoire.

Après la section du fascia transversalis, ou, si l'on opère à la partie inférieure de l'abdomen, du fascia propria, on tombe sur la séreuse, que l'on ponctionne. Puis, sur sonde cannelée ou sur le doigt introduit dans l'ouverture, on fend largement la séreuse sur toute la longueur de l'incision.

III. — Le ou les trajets fistuleux apparaissent alors au grand jour ainsi que la cavité purulente, entourés de toutes parts par les adhérences. On les libère largement de ces adhérences plus ou moins nombreuses et fortes, en déchirant celles-ci avec le doigt.

Le travail est facile dans la portion la plus superficielle du trajet, mais à mesure que l'on approche du foyer de la perforation les difficultés augmentent, et il faut avoir bien soin de ne pas intéresser les anses grêles englobées souvent dans le paquet des adhérences. A ce moment on doit fermer en haut la cavité abdominale au moyen de compresses, afin d'isoler le plus possible le point où l'on opère. Parfois, lorsque la perforation est récente et que la cavité intermédiaire apparaît petite et régulière, le travail du dégagement est considérablement diminué et la libération de la partie intestinale intéressée se fait assez facilement. Mais le plus souvent la poche purulente est anfractueuse, se poursuit en haut ou en bas sous le cæcum, la perforation est multiple ou considérable, et la réaction péritonéale a été telle que c'est à peine si l'on reconnaît le cul-de-sac cæcal. Une fois celui-ci reconnu et libéré le plus possible, on doit rechercher l'appendice, si celui-ci n'a point été enlevé au cours d'une intervention antérieure. Souvent il apparaît, plus ou moins gangrené et détruit, au sein même de la poche purulente, d'autres fois accolé au cæcum, souvent à sa face postérieure. Il faut l'isoler lui aussi et pratiquer sa résection.

D'une façon générale, on doit libérer la partie d'intestin perforé de ses adhérences, en allant de la périphérie vers le centre, point où siège l'orifice. Cette libération du cæcum offre de grandes difficultés lorsque la loge purulente est irrégulière et vaste, et que les adhérences qui la limitent enserrant les anses intestinales de voisinage.

Dans cette partie de l'intervention, il faut encore

agir avec prudence, car souvent ces anses d'intestins ont leur parois sclérosées, ramollies et fragiles, et se laissent facilement déchirer. On facilite cette dissection des adhérences autour du cæcum perforé, en introduisant l'index gauche dans l'orifice et en libérant de la main droite.

A mesure que progresse ce travail de libération de la partie d'intestin intéressé, des compresses la cernent de part et d'autre et protègent le péritoine.

Dans les cas particulièrement difficiles, on peut attirer au dehors le cul-de-sac cæcal, le faire reposer sur un lit de compresses et poursuivre au grand jour le travail difficile dans la profondeur.

IV. — Une fois la ou les perforations reconnues et bien isolées, on doit en pratiquer l'obturation.

S'il s'agit d'une perforation siégeant uniquement à l'extrémité libre de l'appendice ou à sa base, on pratique l'appendicectomie et on oblitère l'orifice anormal par le procédé habituel, comprenant une double rangée de sutures portant, l'une sur la muqueuse, l'autre sur la séreuse.

Dans les cas où la perforation siége au niveau de l'ampoule cæcale, ou même au niveau de l'intestin grêle, on se trouve en présence des différentes méthodes en usage :

- 1° *L'entérorraphie latérale ;*
- 2° *L'entérectomie suivie d'entérorraphie ou de l'application d'un bouton anastomotique ;*
- 3° *L'entéro-anastomose ;*
- 4° *L'exclusion de l'intestin.*

1. — La première est la plus simple et la plus généralement employée dans les cas qui nous occupent.

En effet, si l'on tombe sur une simple perforation, siégeant au niveau du cæcum, à la base de l'appendice, il suffit de faire l'entérorraphie latérale. On préférera une suture longitudinale à une suture transversale, pour éviter la coudure secondaire de l'intestin; on pratique une double rangée de points à la Lembert, comprenant une suture muco-musculaire et une suture séro-séreuse.

On ne saurait d'ailleurs, à ce sujet, trop suivre les conseils que donnait Trélat dans sa communication à la Société de chirurgie de 1888 :

« Si, après avoir ouvert largement la cavité de l'abcès, on reconnaît que la fistule intestinale est unique, accessible, qu'elle ouvre dans un intestin non déformé, qu'elle n'est pas entourée d'adhérences, on peut, séance tenante, procéder à la dissection des bords muqueux de la fistule et à la suture de l'intestin.

« Si, au contraire, après avoir ouvert l'abcès, on ne reconnaît pas aisément l'orifice intestinal, s'il est profond, difficile à aborder, s'il en existe plusieurs distincts, si pour un motif quelconque on croit que l'intestin ne pourra pas être libéré, il faut renoncer à l'entérorraphie, au moins provisoirement. »

2. — L'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire, ou de l'application d'un bouton anastomotique, ne trouve pas son application lorsqu'il s'agit du cæcum. Elle s'applique plutôt dans les cas de fistule siégeant au niveau de l'iléon, ou de perforation secondaire au niveau d'une anse grêle, et lorsque le mauvais état et la

mauvaise qualité des tissus du segment intestinal intéressé imposent sa résection. Mais cette intervention est longue et grave dans ses suites, il ne faut pas l'oublier, et son indication se limite exclusivement aux cas où la lésion est bien limitée et peu étendue, et surtout si l'état général du sujet est bon et permet de lui imposer une intervention de longue durée.

3. — L'entéro-anastomose peut aussi trouver son application dans des cas complexes, où de grands délabrements ont compromis une grosse partie de l'intestin, et lorsque la dissection et le dégagement des bouts, au-dessus et au-dessous de l'orifice fistuleux, sont rendus irréalisables par des adhérences massives, ou périlleux par suite de l'étendue de la suppuration.

D'ailleurs, ce procédé compliqué et difficile ne saurait donner de résultats satisfaisants. En effet, par le fait même que l'on n'a pas pu s'attaquer au siège même du mal, à l'orifice fistuleux, on a beau établir au-dessus une dérivation, la fistule n'en persiste pas moins. C'est pour cela que certains praticiens, qui mettaient en œuvre cette méthode, ont cherché à la perfectionner en ligaturant un des segments intestinaux. C'est ainsi que Comte, Chaput, ont coudé l'intestin à l'aide d'un pli maintenu par des sutures. Mais cette intervention a été presque toujours insuffisante, et il a fallu pratiquer ultérieurement la ligature des deux bouts de l'intestin, ce qui revient alors à la méthode suivante, que nous allons envisager tout à l'heure, à l'exclusion de l'intestin.

Enfin, récemment, M. Pauchet a abouché la perfo-

ration elle-même dans une anse voisine, et a ainsi obtenu deux succès.

En somme, d'une façon générale, l'entéro-anastomose, méthode de choix lorsqu'on opère en tissus sains, est insuffisante dans les cas de fistule pyo-stercorale.

4. — Enfin l'exclusion de l'intestin est une intervention rare, nécessitée par des lésions considérables et en rapport avec des formes particulièrement envahissantes de la tuberculose iléo-cæcale. Cette intervention toute nouvelle et qui a donné des résultats heureux jusqu'ici, préconisée à Lyon par M. le professeur Poncet, et rapportée par MM. Delore et Patel dans la *Revue de chirurgie* de mars 1901, trouve son application dans les fistules d'origine tuberculeuse de la région appendiculo-cæcale.

Cette intervention a pour but de rechercher, sans s'attaquer directement à la lésion, sa guérison en la mettant au repos par le fait de l'isolement ou de l'exclusion fonctionnelle de la région malade : l'iléon est sectionné dans sa partie saine, tout près de son extrémité ; le bout inférieur attenant au cæcum est obturé en cul-de-sac et abandonné ; le bout supérieur est directement abouché dans une boutonnière pratiquée sur le côlon descendant ou sur l'S iliaque, à l'aide du bouton anastomotique de M. Jaboulay. Ce procédé, consistant en somme dans l'exclusion unilatérale seulement de l'intestin, a donné des résultats extrêmement heureux, car la suppression de la circulation des matières fécales est définitive et la fistule purulente n'a plus de raisons de subsister.

Nous rapportons (obs. VI) un cas bien typique de cette intervention, dans lequel on a dû, à la suite de lésions tuberculeuses considérables du cæcum et de l'iléon, exclure la presque totalité du gros intestin, et aboucher l'iléon directement dans l'S iliaque.

En résumé, la méthode de choix, et qui répond d'ailleurs aux cas les plus simples, pour obtenir la fermeture de l'orifice intestinal de la fistule, sera l'entérorraphie, du moins en principe. C'est-à-dire que, toutes les fois qu'elle sera facilement praticable et que l'étendue des lésions ne rendra pas son application par trop difficile ou impossible et son résultat douteux, on devra y avoir recours.

En présence de lésions étendues et difficilement isolables, en pratiquant l'entérotomie, on a l'avantage de supprimer à la fois la fistule et la lésion qui l'a causée primitivement, surtout s'il s'agit de tuberculose; mais la gravité, la longueur et les insuccès de cette intervention, pratiquée généralement en présence d'un malade à mauvais état général, autorisent à s'en abstenir autant que possible et à ne l'employer que dans les cas seulement où la lésion, bien limitée, siège sur l'extrémité de l'intestin grêle, et lorsque le malade est capable de supporter le shok opératoire sérieux qu'entraîne avec elle cette intervention.

L'entéro-anastomose ne donne pas de résultats satisfaisants et semble même être contre-indiquée dans les cas qui nous occupent, puisqu'elle ne saurait être exécutée dans ces cas en tissus sains.

L'exclusion de l'intestin, et particulièrement l'exclusion unilatérale, lui est infiniment supérieure, et

semble bien devoir répondre aux cas où l'étendue et la gravité des lésions appendiculo-cæcales rendent la recherche de l'orifice fistuleux difficile ou impossible et son occlusion directe impraticable ou d'un résultat douteux.

La suture intestinale terminée, le champ opératoire doit être lavé à l'eau stérilisée, puis on referme le péritoine par une double rangée séro-séreuse et, plan par plan, la paroi et la peau par des sutures au catgut et au crin de Florence. On laissera par précaution un drain et on pratiquera le pansement occlusif antiseptique.

OBSERVATION I

Cas rapporté par M. le Médecin-major Rioblane
(*Congrès de Chirurgie*, 1897.)

Entérorraphie latérale

Soldat, âgé de vingt et un ans. Entré, le 6 janvier 1897, pour une appendicite suppurée. Incision iliaque le 10 janvier. Évacuation d'un demi-litre de pus environ.

Le 17, la température remonte. État septicémique : congestion des bases et pleurésie purulente nécessitant un empyème pratiqué le 24 janvier.

La plaie abdominale se désunit et prend l'aspect septicémique. Le cæcum est mis à nu sur une large étendue et se sphacèle. Injections de sérum artificiel. Toniques.

Il reste alors un anus contre nature par lequel passe le pus et la presque totalité des matières fécales.

Le 5 juin, une intervention est pratiquée pour fermer l'anus contre nature.

Incision circonscrivant l'orifice fistuleux. Section des couches profondes en tissu normal jusqu'au péritoine inclusivement.

Le cæcum est attiré au dehors.

Section des parois au niveau de l'anus contre nature. Réparation selon le procédé de Chaput. Sutures en plusieurs plans de la paroi.

Guérison. Cicatrice solide sans éventration.

OBSERVATION II

(In *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*,

24 juillet 1900.)

Rapport sur une lésion de la fosse iliaque droite à syndrome appendiculaire typique, par M. Damas, de Vaucluse (E. Kirmisson, rapporteur).

Entérorraphie latérale

Jeune homme de vingt-trois ans.

Brusquement, à la fin de juillet 1899, il fut pris d'une fièvre vive avec douleurs dans la fosse iliaque droite, contracture musculaire et hyperesthésie cutanée. Soumis, le 29 juillet, au traitement par la glace et l'opium, il vit immédiatement tomber tous les accidents et, le 1^{er} août, il est complètement apyrétique. Mais, le 5 août, la température monte brusquement à 39°6 ; la douleur est plus vive.

Incision immédiate, évacuation abondante de pus, drainage sans recherche de l'appendice. Le lendemain, les matières passaient dans le pansement. La fièvre tombe définitivement. La fistule s'établit et persiste.

Le diagnostic porté fut celui d'appendicite. Le malade affirmait, d'ailleurs, avoir eu à quinze ans des accidents absolument semblables.

Le jeune homme revint à Valence, au mois de jan -

vier 1900, toujours porteur de sa fistule dans la fosse iliaque droite, pour laquelle il réclamait une intervention. Celle-ci fut pratiquée dans les premiers jours de mars.

L'orifice fistuleux fut d'abord touché au thermocautère, isolé à l'aide d'une incision circulaire de la peau, et fermé par une pince.

Après quoi, la plaie fut débridée par en haut et par en bas, en haut dans la direction du cæcum, en bas jusque vers le milieu de l'arcade de Fallope. Le péritoine ouvert, on tomba sur un épiploon épaissi et adhérent qui dut être excisé. On aperçoit alors le cæcum se continuant en avant, sous forme d'un entonnoir qui aboutit à la fistule. Il s'agit donc d'une perforation du cæcum s'étant fistulisée à la peau. L'entonnoir cæcal est écrasé, lié, sectionné au thermo-cautère, et le fin moignon obtenu invaginé dans le cæcum par deux sutures en bourse. L'appendice lui-même est ensuite excisé, et la paroi abdominale refermée par trois plans de suture avec drainage.

Guérison complète sans accidents.

(L'appendice n'a point été examiné ; il n'en reste pas moins ce fait, que dans ce cas particulier l'ulcération cause de la fistule portait sur le cæcum, et à ce titre elle mérite de prendre place dans les lésions para-appendiculaires.)

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Siraud)

Entérorraphie latérale.

Mme V. âgée de trente-deux ans, couturière. entre dans la salle Sainte-Marthe le 2 septembre 1900. Elle a été atteinte de trois accès de colique appendiculaire, l'une en mai, l'autre en juillet; la dernière date de fin août. Rien de particulier dans les antécédents, quelques troubles gastro intestinaux. Un peu de constipation habituelle.

A son entrée, la malade présente dans la fosse iliaque droite une tuméfaction assez considérable descendant jusqu'au niveau de l'arcade fémorale et remontant jusqu'à l'ombilic. Cette tuméfaction est rénitente. Il y a un peu de réaction péritonéale. Les vomissements ont été très marqués il y a huit jours, et depuis l'entrée de la malade ils ont à peu près cessé. Météorisme. Selles rares. T. = 38°9.

14 septembre. — Intervention : incision au niveau de la tuméfaction. Elle est à peu près parallèle à l'arcade fémorale et se prolonge jusqu'au bord externe du droit, issue de pus à odeur stercorale. L'appendice est dégagé des fausses membranes; il est perforé à sa base.

20 septembre. — Depuis l'intervention, la suppu-

ration a diminué, mais des matières fécales s'écoulent par l'orifice.

12 octobre. — Une fistule stercorale persiste et laisse passer des matières par intermittence. Cette fistule est réduite à un conduit long de 3 millimètres au moins et d'un calibre laissant passer une sonde cannelée ordinaire. La malade réclame une intervention.

Cette intervention est pratiquée par M. le professeur agrégé Siraud, d'après le procédé qui suit :

1° Introduction dans la fistule d'une mèche de gaze iodoformée;

2° Dissection des plans cutanés tout autour de l'orifice externe de la fistule à 1 cm., 5 de cet orifice. Fermeture de l'orifice par des sutures au catgut;

3° Attaque au bistouri des plans abdominaux profonds tout autour de la fistule, et dissection jusqu'au péritoine inclusivement. Le trajet fistuleux apparaît dégagé de ses adhérences, long de 4 à 5 centimètres, et se porte sur le fond du cæcum en dehors de la base de l'appendice. Résection du canal fistulaire au ras du cæcum. Sutures à la soie par trois plans étagés, un muqueux, un musculaire, un séreux, de l'orifice. Quelques points superficiels sur le cæcum invaginent l'ouverture ainsi fermée.

28 octobre. — La malade est guérie définitivement sans accident.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Siraud.)

Résection de l'appendice.—Entérorraphie latérale.

M... Louis, vingt ans, garçon de peine, né à Chêne-en-Lémine (Haute-Savoie). Entre le 6 septembre 1898, dans la service de M. Gangolphe. Sorti le 8 décembre 1898 pour Longchêne. Rentré à nouveau le 26 décembre 1898 et sorti définitivement le 7 février 1899.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires; à part des bronchites assez fréquentes, assez bonne santé habituelle.

Le 1^{er} septembre, le malade fut pris de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite. La région présentait de la tuméfaction, et la pression à ce niveau réveillait des douleurs. Au même moment, vomissements alimentaires, puis bilieux, abondants; constipation suivie bientôt de diarrhée.

Le 6 septembre, à son entrée, anorexie complète, langue blanche, ventre dur, tendu; la palpation dans la fosse iliaque droite révèle une sensation de tension à ce niveau et une légère tuméfaction de la région. Douleur vive, exagérée par la pression. Fièvre, 38°9. Au bout de huit jours, les symptômes se calment, et il est opéré dans les premiers jours d'octobre. L'incision

pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite, à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade, conduit dans une poche purulente qui est évacuée et drainée. Les adhérences multiples et encore récentes, et l'état inflammatoire encore latent n'autorisent pas la recherche de l'appendice.

Un mois après l'intervention, c'est-à-dire dans les premiers jours de novembre, la plaie est fermée, sauf en un point où un petit bourgeon charnu, percé à son centre d'un pertuis, laisse suinter quelques gouttes d'un liquide louche. Des cautérisations sont faites au niveau de cet orifice ; l'alimentation est surveillée, et des lavements sont donnés journellement ; mais malgré ces soins, le malade, en partant pour Longchêne en convalescence, le 8 décembre, conserve toujours une fistulette qui, par intermittence, donne passage à un pus maintenant nettement stercoral.

Le 26 décembre, le malade revient de Longchêne avec sa fistule qui donne toujours, et plus abondamment qu'au moment de son départ ; de plus, depuis le début de la convalescence l'appétit n'est pas revenu, et le séjour à Longchêne n'a pas permis à l'état général de s'améliorer. Le malade s'alimente mal, est maigre et tousse.

Les selles sont rares et difficiles et n'ont pas lieu sans lavements. A sa sortie, le 26, l'état est toujours le même. La plaie donne passage à des liquides intestinaux. De plus, la peau environnante est rouge et douloureuse. M. Gangolphe ordonne des lavements glycélinés. Ces lavements, administrés quotidiennement, procurent au malade une selle facile et normale. Une

amélioration se produit et se poursuit jusqu'au 10 janvier, date à laquelle le pansement ne révèle plus trace de matières. Le 15, la fistule se rouvre de plus belle, et les lavements, un instant supprimés, sont administrés à nouveau. En même temps, l'état général s'aggrave, et une intervention est pratiquée le 20 par M. le professeur agrégé Siraud.

L'opération n'offre rien de particulier dans ses premiers temps. L'incision est faite autour de l'orifice externe, et la dissection du trajet s'effectue facilement; à mesure qu'on avance dans les profondeurs, les difficultés vont croissant. Les adhérences sont multiples et serrées tout autour du trajet, et la dissection des anses intestinales du voisinage est laborieuse.

Ces adhérences forment un gâteau induré, au sein duquel se trouve le cul-de-sac cæcal extrêmement difficile à isoler. On doit le sculpter péniblement pour arriver à l'isoler et à voir sa face postérieure, siège d'une perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, juste au point d'implantation de l'appendice. Celui-ci, mortifié, est appliqué à cette même face postérieure et lui est intimement uni par les adhérences. Il est réséqué, et l'orifice intestinal fermé par une double rangée de points. La séreuse est elle-même réunie par-dessus par deux plans de sutures. La paroi et la peau sont refermées, et un tout petit drain est laissé dans la plaie.

Trois semaines après, la cicatrisation est complète et totale.

Le cours normal des matières est rétabli, et le malade

part à nouveau pour Longchêne, parfaitement guéri de sa fistule.

Plus de trois mois après, le malade a succombé à une affection tuberculeuse aiguë ; l'autopsie a révélé des lésions multiples de granulie, entre autres, au niveau de son péritoine.

OBSERVATION V (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.

Résection de l'appendice. — Entérorraphie latérale.

B... G... (Jules), de Chaumont, près Saint-Claude (Jura), dix-sept ans.

Entré le 14 juin 1901 dans le service de M. Gangolphe, avec deux fistules donnant du pus. L'une a son orifice à droite, au niveau de l'ombilic ; l'autre un peu plus bas, à 3 centimètres environ au-dessous de l'ombilic et sur la ligne médiane. Chaque orifice présente une ouverture étalée du diamètre d'une pièce de 50 centimes environ.

A une exploration rapide au stylet, on reconnaît qu'à l'orifice supérieur fait suite un trajet qui communique avec l'orifice inférieur et descend en ligne droite jusqu'au niveau du pubis, cheminant entre les tissus superficiels et la gaine des droits. Au niveau du pubis, le trajet se recourbe brusquement sur l'os, ce qui fait tout d'abord songer à une ostéite ayant son siège au niveau de la symphyse.

Le malade, interrogé, raconte que deux mois auparavant, à la suite d'un refroidissement (?), il aurait eu de violentes coliques généralisées, accompagnées de fièvre. Nausées sans vomissements État général assez

grave. Le médecin, appelé alors, constate de la rougeur et de la tuméfaction au niveau de la région ombilicale et sous-ombilicale et, le quinzième jour environ, se décide à inciser en deux points à ce niveau. Il est sorti du pus en abondance. Le malade n'a pu dire si ce pus avait une odeur stercorale. Cinq jours après, entrée à l'hôpital.

21 juin. — Opération pratiquée par M. le professeur sgrégé Villars. Dissection sur sonde cannelée des trajets jusqu'au pubis. Le pubis est trouvé sain, contrairement à l'hypothèse première. A ce niveau existe un trajet récurrent faisant suite au premier et séparé de ce premier par les couches musculaires, cheminant entre le fascia transversalis et le péritoine. Adhérences considérables tout autour du trajet, qui après une longueur de 3 centimètres environ, ne tarde pas à aboutir dans une poche occupant une partie de la fosse iliaque droite. Dans cette poche se trouve un débris représentant l'appendice gangrené et perforé entièrement, flottant et adhérent seulement au cæcum par sa base, entouré de fausses membranes considérables.

Résection de l'appendice. Sutures à la soie. Dissection du trajet profond jusqu'au péritoine inclus, sutures des plans superficiels au catgut, drainage.

Guérison au bout d'un mois.

OBSERVATION VI

(In *Revue de chirurgie*, 10 mars 1901.)

MM. Delore et Patel

Cas d'exclusion unilatérale de l'intestin.

C. M..., âgée de vingt ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Anne, service de M. le professeur Poncet, le 22 octobre 1900.

Rien dans les antécédents héréditaires.

La malade s'enrhume assez facilement.

Jamais d'hémoptisies.

Réglée à quatorze ans, très régulièrement.

La malade a été opérée au mois de mai 1900, par M. le professeur Poncet, pour des accidents appendiculaires à allure chronique.

M. Poncet avait diagnostiqué une typhlo-appendicite chronique, avec réserves pour la tuberculose. Une laparotomie iliaque droite permit de constater des lésions tuberculeuses localisées à la partie inférieure de l'iléon, à l'appendice et à une partie du cæcum. Aucune résection ne fut pratiquée ; la plaie fut suturée, et drainée avec des mèches de gaze iodoformée.

La malade quitta l'hôpital un mois après l'opération.

Vers la fin de juillet, après une marche pénible, au dire de la malade, les accidents reparurent, analogues à

ceux de la première crise, et à la suite d'une purgation, la plaie abdominale s'ouvrit et du pus s'écoula avec force, comme un jet d'eau, dit-elle. Elle revint à l'hôpital et suivit un traitement général.

Le 20 septembre, pour la première fois, la malade remarqua dans le pus un pépin de raisin, puis, presque aussitôt, des matières fécales liquides apparurent au niveau de la plaie, mélangées à des fongosités et au pus.

Le traitement médical est appliqué, et suivi sans succès pendant deux mois. La malade s'affecte beaucoup de son infirmité et maigrit.

M. le professeur Poncet décide une intervention et se rattache à une exclusion unilatérale de l'intestin, avec abouchement de la partie inférieure de l'iléon dans la partie inférieure du côlon ou l'S iliaque.

Opération le 20 novembre 1900, pratiquée par M. Delore.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Après ouverture du péritoine, la portion terminale de l'iléon est recherchée ; elle apparaît fixée à une masse néoplasique englobant toute cette portion de l'iléon et la portion cæcale correspondante. Pas d'ulcérations ni de tubercules au niveau du péritoine. L'intestin grêle est sectionné en plein tissu sain. On laisse entièrement de côté la masse tuberculeuse séparée du péritoine par des adhérences qui la limitent exactement. Le segment terminal (celui qui regarde le cæcum) est fermé par un surjet en bourse, puis enfoui par des points séro-séreux passant au-dessus du surjet. Quant à l'autre segment, celui qui est en aval, on place la branche

mâle du bouton de M. Jaboulay, qui s'applique exactement dans ce cas, comme s'il s'agissait du bouton de Murphy-Villard ; la coprostase est faite facilement par la simple coudure de l'intestin.

L'S iliaque est alors recherché et, après avoir choisi le point qui se prêtait le mieux à l'anastomose, le gros intestin est ponctionné avec le bistouri. La branche femelle du bouton de Jaboulay est appliquée comme pour une gastro-entérostomie. Il n'y a aucun besoin de suture. Les deux portions du bouton anastomotique sont alors engrenées.

Fermeture de la paroi.

Suites très simples. Le 2 décembre, à la suite d'une purgation, le bouton est rejeté. La suppuration abdominale est presque nulle.

Le 10 janvier, la malade quitte l'hôpital. La guérison est prochaine.

CONCLUSIONS

La fistule pyo-stercorale d'origine appendiculo-cæcale est une complication assez rare de l'appendicite banale aiguë, mais relativement fréquente lorsqu'elle reconnaît son origine dans des lésions à évolution particulièrement fistuleuse, comme la tuberculose ou l'actinomyose de l'appendice.

Elle est susceptible de guérir spontanément, si on en croit un grand nombre d'observations et tous les cas où cette complication a été passée sous silence ou à peine mentionnée.

Donc, le chirurgien ne se hâtera pas d'opérer, d'autant plus qu'une intervention par trop précoce sur une région où l'inflammation n'est pas éteinte, pourrait malencontreusement la réveiller.

On doit essayer le traitement médical, curatif à lui seul dans certains cas, et notamment employer avec persévérance les lavements répétés, qui ont donné parfois des résultats excellents.

Après un laps de temps variant de deux à trois mois environ, si la cure spontanée n'a pas eu lieu, le traitement médical a bien des chances pour rester désormais impuissant.

Toutefois, quelques conditions doivent abréger cette période d'attente :

L'importance de la fistule et, par suite, la grande quantité de pus et de matières rendus quotidiennement ;

Le mauvais état de la plaie cutanée et le mauvais fonctionnement du gros intestin ;

Une complication grave, menaçante, comme la rétention purulente ou une péritonite ;

Enfin, le mauvais état général du malade se manifestant par un dépérissement que rien n'arrête.

Une fois décidée, l'intervention doit être absolue et pratiquée par la voie intra-péritonéale, seule capable de conduire à un résultat sûr et complet.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TRUPIER.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
LACASSAGNE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GABRIEL COMPAYRÉ,

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD et BROCA, Bactériologie de 20 cas d'appendicite supprimée (Bull. Société médicale des Hôp., 26 mars 1897).
- AROLD, de l'Appendicite à gauche (th. Lyon, 1900).
- BÉNARD, des Localisations extra-abdominales de l'appendicite (th. Lyon, 1898).
- BÉRA, Complications post-opératoires immédiates et éloignées de l'appendicite. Conséquences thérapeutiques (th. Paris, 1900).
- BLIN, Etude sur les fistules consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies (th. Paris, 1879).
- BOUILLY, Pathologie externe, 4 agrégés, t. III.
— Contribution à l'étude des hernies et de l'appendicite herniaire (th. Paris, 1897).
- Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie, de 1890 à 1900 inclus, séance du 10 juillet 1895.
- CHAPON, 62 Cas d'appendicite opérés (th. Paris, 1901).
- CHARNOIS, Hernies du cæcum compliquées d'appendicite (th. Lyon, 1895).
- CHAPUT, Revue générale de clinique et thérapeutique, n° 40 (1890).
— Fistule stercorale due à une appendicite entretenue par un rétrécissement tuberculeux du cæcum (Bulletin de chirurgie, 11 juin 1901).

- COCHOT, Contribution à l'étude des complications post-opératoires de l'appendicite des pseudo-crises des fistules et des éventrations (th. Paris, 1898-1899).
- COITTIER, Avenir des appendiculaires (th. Paris, 1898-1899).
- COMTE, Traitement des fistules stercorales (Revue Suisse romande, 1890-1891).
- COURAUD, Psoïte d'origine appendiculaire (th. Lyon, 1894).
- DELORE et PATEL, Cure des anus contre nature (Revue de chirurgie, mai juin 1901 ; mars 1901).
- DIEULAFOY, Pathologie interne, t. III.
- DÖRFLER, Appendicite. — Analyse (Presse médicale, n° 48, 1899).
- DUPLAY et FOLLIN, Pathologie externe, t. V.
- DUPLAY et RECLUS, Traité de chirurgie, t. VI et VII.
- FAYRE, Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal (th. Paris, 1851).
- GAYET, Traitement des anus contre nature (Société de chirurgie Lyon, 1900 ; Revue de chirurgie).
- GORDON, l'Appendicite chez l'enfant (th. Paris, 1885).
- GUYOT, Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes (th. Paris, 1885).
- HINGLAIS, Essais sur l'actinomycose appendiculo-cæcale (th. Lyon, 1897).
- JABOULAY et BÉRARD, Exclusion unilatérale (Société de chirurgie, 1900).
- KORTE, Cas d'entéro-anastomose (Semaine médicale, 1894).
- KRAFFT, Revue médicale de la Suisse romande, octobre 1888, avril 1889.
- KOUNDJY, de l'Appendicectomie et accidents consécutifs (th. Paris, 1898).
- LAIZÉ, Etude sur les abcès enkystés péritonéaux secondaires dans l'appendicite (th. Paris, 1898).
- LAVABRE, de l'Intervention chirurgicale dans les différentes formes d'appendicite. Intervention et manuel opératoire (th. Lyon, 1898).
- LÉCUREUX, Contribution à l'étude des fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite. (th. Paris, 1900).

- LEDENTU, du Traitement des fistules stercorales et des anus contre nature (9^e Congrès de chirurgie, 1895).
- LEGENDRE, Typhlite et appendicite (Bull. de la Société médicale des Hôpitaux, 1894).
- LEQUEU, Monographie de l'appendicite, Paris, 1897.
- LETULLE et WEINBERG, Archives de médecine, 1897, n° 5 et 6.
- LEVREY, du Rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours de l'appendicite (th. Paris, 1899).
- LOISEAU, Fistules éloignées d'origine appendiculaire (th. Paris, 1899-1900).
- LOISON, de l'Appendicite ulcéro-perforante (Revue de chirurgie, 1895).
- LOUIS et SABATIER, Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. VIII et XV.
- MACHARD, Extirpation du cæcum (th. Genève, 1900).
- MAUNY, 9^e Congrès de chirurgie, 1895 (Communication, p. 258).
- MAURIN, Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire (th. Paris, 1890).
- MARTY, de l'Appendicite (th. Toulouse, 1893-1894).
- MOXOD, Appendicite (Collection des aide-mémoire scientifiques, 1898).
- OLIVIER, Résultats éloignés des appendicites suppurées traitées par la simple incision des abcès (th. Lyon, 1897-1898).
- PATEL, Tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle. Leur thérapeutique (th. Lyon, 1901).
- PAUCHET, des Complications post-opératoires immédiates et éloignées à la suite des interventions pour appendicite à chaud. Dédutions thérapeutiques (Discussion). — (Gazette médicale de Picardie, Amiens, 1900, juillet, août, septembre).
- PAULIER, Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite (th. Paris, 1875).
- PIARD, des Suppurations à distance dans l'appendicite (th. Paris, 1895-1896).
- POLLOSSON, Traitement de l'an us contre nature (th. d'agrégation, 1883).

PONCET, Cas d'appendicite (Revue de chirurgie de 1892 : 27).

— Décortication sous-péritonéale (Congrès de chirurgie de 1899).

RECLUS, de l'Appendicite tuberculeuse (Bulletin médical, 1893).

ROUX, Revue médicale de la Suisse romande, avril et mai 1890.

SIRON, de l'Intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire (th. Paris, 1898).

TALAMON, Pérityphlite et appendicite (Bibliothèque Charcot-Debove, 1890).

TERMET et VANVERTO, de la Prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite (Gazette des Hôpitaux, 9, 16, 20 mars 1867).

TERRIET et GOSSET, Exclusion unilatérale de l'intestin (Revue de chirurgie, 1900).

TRÉCOURT, Mémoires et observations de chirurgie, 1769.

TRÉLAT, des Fistules pyo-stercorales (Progrès médical, 1888 ; Société de chirurgie, 1888, p. 655).

TUFFIER et HALLION, de l'Intervention dans les pérityphlites (Archives générales de médecine, sept. 1890).

VAUCHER, Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales (th. Paris, 1899).

VELLEN, Absès ombilicaux d'origine appendiculaire (th. Lyon, 1896).

VIGNARD, de l'Appendicectomie. Indications. Contre-indications. Manuel opératoire. Nécessité de l'appendicectomie précoce (th. Lyon, 1898-1899).

YMBERT, Contribution à l'étude de la fistule pyo-stercorale consécutive à l'appendicite (th. Paris, 1898-1899).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
I. Etude étiologique et pathologique	9
II. Etude anatomo-pathologique	27
III. Etude des symptômes, du diagnostic et du pronostic	43
IV. Traitement	57
OBSERVATIONS	74
CONCLUSIONS	89
INDEX ALPHABÉTIQUE	91

